



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL



**FORTALEZAS PERSONALES:
UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
EN MAYORES**

**PRESENTADA POR:
SERGIO LÓPEZ LINARES**

**DIRIGIDA POR:
ANA GARCÍA LEÓN
NICOLÁS SÁNCHEZ ÁLVAREZ**

JAÉN, 2023

ISBN

Trabajo presentado por Sergio López Linares para
optar al grado de DOCTOR por la Universidad de Jaén.

Jaén, septiembre de 2023

Fdo. Sergio López Linares

Los doctores Ana García León y Nicolás Sánchez Álvarez, directores de la Tesis Doctoral titulada *Fortalezas Personales: Un Programa de Intervención en Mayores*, realizada por Sergio López Linares en el Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, autorizan su presentación a trámite, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firman la presente autorización en Jaén a 27 de septiembre de 2023

Fdo. Dra. Ana García León

Fdo. Dr. Nicolás Sánchez Álvarez

Recorrer el largo camino que ha llevado a que esta Tesis Doctoral vea la luz no ha estado exento de momentos de dificultad y de horas de agotamiento. Sin embargo, si algo he podido aprender, es que en esta senda que recorreremos, llamada vida, la fortaleza que siempre ha de acompañarnos en cada paso que damos tiene por nombre Gratitude.

Por ello, doy las gracias, en primer lugar, a Dios, mi Paz y mi Rescate, y a su Santísima Madre, Consolación y Auxilio en las Angustias. Gracias por concederme poder contribuir con mi trabajo a hacer de este mundo un lugar un poco mejor, aliviado de tanto sufrimiento, que siempre han soñado.

A la Dra. Ana García León, por darme la oportunidad de poder comenzar y alcanzar bajo su dirección este sueño, así como por su inagotable trabajo, constancia y paciencia aun en medio de los mayores reveses que pudiéramos encontrar.

Al Dr. Nicolás Sánchez Álvarez, por aceptar codirigir este proyecto dotándolo de toda su energía y entusiasmo, de todo su saber y conocimientos, volcando en él hasta las horas más intempestivas de su tiempo.

A los terapeutas del Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén, y a los profesores y compañeros del Programa de Doctorado en Psicología, por enseñarme tanto y tan valioso.

A D. Antonio Miguel Quesada Portero, a quien tantísimo debo por abrirme las puertas de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Jaén Sur. Porque sin su ayuda y tutorización, sin la sencillez que caracteriza su grandeza, el objetivo principal de este trabajo no podría haberse hecho posible.

A cada una de las mujeres, luchadoras y valientes, que han confiado en nuestra entrega para volver a llenar de fuerza y aliento sus vidas. Gracias, porque me llevo guardado en el corazón cada uno de sus rostros, cada lágrima curativa que he visto brotar de sus ojos, y cada sonrisa que ha conquistado su esperanza en que la vida puede ser un poquito más feliz.

A mis amigas, Mamen, Julia y Rocío, por su escucha, apoyo y ánimo en tantos avatares como tenía escondidos esta senda. Porque ellas han hecho fácil lo difícil en muchos momentos.

A mi cuñada, Mari Paz, gracias por su compañía, y por considerarme tan capaz de conseguir este logro durante todo este tiempo.

A Miguel, cuya oración, cariño, comprensión y paciencia han conseguido alcanzar metas que ni yo mismo confiaba en que existieran. Nunca podré

compensar tanto bien como me ha hecho desde que lo conozco. Gracias por ser una persona hecha según el corazón de la Bondad.

A mis padres, los grandes pilares de mi existencia, quienes me dieron la vida y me la dan a cada instante. Infinitas gracias por ser mi guía, mi amparo, mi fortaleza, mi luz, el hombro en que llorar, el regazo en el que refugiarme, el aliento en el decaimiento, y la confianza cuando la fe en mí mismo se apagaba.

Y, por último, a mi hermano. Toda la gratitud que pueda albergar mi corazón nace en él, y es para él. Gracias porque es mi ejemplo desde siempre y para siempre. Gracias por "tutorizar" este trabajo como si del suyo propio se tratase, por ser mi ayuda en cada segundo de todos estos años, por enseñarme tantísimo a través de su paciencia y su calma, por no dejarme abandonar a pesar de todos los pesares, por capitanear esta nave cuando la tormenta aparecía en mitad de la noche más oscura, y por tenderme siempre su mano para levantarme. ¡Gracias, gracias y mil veces gracias por ser mi hermano!

A mi hermano, Juan Carlos

ÍNDICE



I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN.....	7
1. Sintomatología depresiva y bienestar en personas mayores.....	13
1.1. Depresión: Prevalencia y conceptualización	13
1.2. Depresión: Factores que favorecen su desarrollo y efectos en las personas mayores	17
1.3. Bienestar y envejecimiento óptimo en personas mayores	19
2. Tratamientos para la sintomatología depresiva en personas mayores.....	23
2.1. Introducción	23
2.2. Tratamientos farmacológicos.....	25
2.3. Tratamientos psicológicos	29
2.3.1. Terapia de Activación Conductual.....	30
2.3.2. Terapia Cognitivo-Conductual.....	32
2.3.3. Terapia Cognitiva de Beck.....	34
2.3.4. Psicoterapia Interpersonal	35
2.3.5. Terapia de Aceptación y Compromiso.....	36
2.4. Conclusiones.....	39
3. Psicología Positiva, bienestar y personas mayores	43
3.1. Psicología Positiva: Virtudes y Fortalezas	43
3.2. Concepto y tipos de bienestar. Bienestar en personas mayores	47
3.2.1. Bienestar Psicológico o Eudaimónico.....	48
3.2.2. Bienestar Subjetivo o Hedónico.....	51
3.2.3. Bienestar en personas mayores	53

3.3. Fortalezas de Gratitud y Perdón y personas mayores	55
3.3.1. Gratitud	55
3.3.2. Perdón	64
III. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	77
1. Justificación y objetivo principal.....	79
2. Objetivos específicos e hipótesis	82
IV. RESUMEN, RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS PRESENTADOS.....	87
Estudio 1	89
Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022)	
Estudio 2	91
Personal Strengths-Based Interventions to Reduce Depression: A Meta-Analysis of Intervention Versus Control Group Studies	
Estudio 3	94
Positive Psychology Intervention in a Hospital Clinical Sample of Elderly Women with Depressive Symptoms	
Discusión general de los estudios presentados.....	96
V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS FUTURAS	103
VI. REFERENCIAS	111

Anexo 1

López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N. (2023). Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022). *Terapia Psicológica*, 41(1), 111-136.

Anexo 2

López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N. Personal Strengths-Based Interventions to Reduce Depression: A Meta-Analysis of Intervention Versus Control Group Studies. Manuscrito enviado para publicación a *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* (en revisión).

Anexo 3

López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N. Positive Psychology Intervention in a Hospital Clinical Sample of Elderly Women with Depressive Symptoms. Manuscrito enviado para publicación a *Aging & Mental Health* (en revisión).

I. RESUMEN



En este epígrafe se expone una breve descripción de los contenidos que se han abordado en la presente Tesis Doctoral, y se justifica su pertenencia a un mismo campo de estudio científico en cuyo ámbito se ubican las hipótesis planteadas que forman un cuerpo coherente.

La depresión es la nueva epidemia del siglo XXI, siendo una enfermedad con una prevalencia que se incrementa cada año a nivel mundial. En España, la incidencia de la depresión está alrededor del 5,36% de la población general. A su vez, la sociedad promueve la búsqueda del bienestar. Numerosas personas han padecido eventos negativos o estresantes y no han mostrado sintomatología depresiva, lo que nos lleva a fijar la atención en la existencia de agentes preventivos de estos síntomas ante eventos negativos. A la par, la percepción negativa de estos acontecimientos se ve influenciada por una percepción subjetiva del bienestar. Esto hace que deba prestarse atención a la retroalimentación de los mecanismos subjetivos del estado de ánimo, así como a los factores personales influyentes en el impacto de las situaciones positivas y negativas. La Psicología Positiva plantea que las personas que reflejan niveles mayores de determinadas

fortalezas psicológicas, operacionalizadas en sistemas de creencias positivas, en estilos estables de pensamientos, rasgos diferenciales de personalidad, y competencias sociales y emocionales, padecerán un menor efecto negativo de estresores diarios, tendrán un mayor nivel de bienestar, y podrán evitar la aparición de problemas psicológicos, como la sintomatología depresiva. En las últimas décadas, los tratamientos basados en la Psicología Positiva han demostrado poseer una gran eficacia a nivel clínico y terapéutico-asistencial, por lo que se considera una importante línea de trabajo y desarrollo para fomentar el bienestar personal.

El objetivo principal de esta Tesis consistió en conocer y probar la eficacia de las intervenciones basadas en Psicología Positiva para disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar subjetivo y/o psicológico de las personas mayores. Para lograrlo, se llevaron a cabo tres estudios diferentes. En el primer estudio se recogió y sintetizó la evidencia existente en la última década en relación con las intervenciones de Psicología Positiva para la mejora de la sintomatología depresiva y el bienestar en los mayores. El segundo trabajo cuantificó la eficacia de las intervenciones basadas en fortalezas personales para tratar la sintomatología depresiva en comparación con otros grupos de control. Así mismo, se analizó el efecto diferencial del entrenamiento en diferentes fortalezas personales sobre dicha sintomatología. Finalmente, el tercer estudio evaluó la eficacia de un entrenamiento, basado en la combinación de las fortalezas personales de gratitud y perdón sumado al tratamiento farmacológico prescrito, con el fin de

evaluar la mejora de la sintomatología depresiva de mujeres procedentes de unidades de salud mental.

Los resultados obtenidos en el primer estudio muestran que las intervenciones en Psicología Positiva son más eficaces que otros grupos de control para reducir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en personas de entre 60 y 90 años. Los programas constituían una combinación de dos o más fortalezas, de las que la gratitud, de manera diferencial, es la fortaleza más entrenada en estas edades, consiguiendo mejorar el bienestar. El sentido del humor, el optimismo y el saboreo inciden sobre la sintomatología depresiva, y también sobre el bienestar subjetivo. El segundo estudio ofreció como resultado un efecto estadísticamente significativo de las intervenciones que entrenaron fortalezas personales para disminuir la sintomatología depresiva en los trabajos con grupos de control tanto al inicio como al final del tratamiento, mostrando la eficacia de las Intervenciones Positivas sobre la sintomatología tratada. El último estudio arrojó como resultado la mejora del grupo experimental, tanto para la gratitud como para el perdón, así como la disminución de la sintomatología depresiva, y el incremento también en este grupo de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico.

A través de los resultados obtenidos puede concluirse que las intervenciones basadas en Psicología Positiva son eficaces para disminuir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar subjetivo y/o psicológico en personas mayores. Estos resultados poseen importantes implicaciones tanto a nivel

teórico como a nivel práctico, resultando prometedores y proporcionando una evidencia actualizada que puede defender que las intervenciones basadas en Psicología Positiva resultan eficaces, dentro del ámbito de trabajo de la psicogerontología, para disminuir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico en las personas mayores.

Los estudios incluidos en esta Tesis Doctoral muestran algunas limitaciones, relativas al pequeño número de estudios de alta calidad con los que se cuenta para trabajar en este campo, a la interpretación de los resultados de los mismos, y al reducido número de participantes en el trabajo empírico realizado. Por ello, trabajos futuros deberían considerar estas limitaciones y replicar estos estudios con un número más adecuado de participantes, incluyendo ambos sexos, considerando los rangos de edad de distintas franjas, incluyendo seguimientos de los resultados en el tiempo, y estudiando los factores mediadores y/o moderadores para la efectividad de las intervenciones.

II. INTRODUCCIÓN



Las personas mayores han de enfrentarse en su vida cotidiana a un aumento significativo de deterioro a nivel mental, físico y social, a la par que sus recursos de carácter emocional experimentan una disminución con el envejecimiento y el avance del tiempo (Baird et al., 2010). Esto ha dado lugar a una perspectiva del envejecimiento relacionada con la pérdida (Lang & Heckhausen, 2001; Leikes, 2008), aunque en estudios más recientes se ha reconsiderado esta acepción pesimista y negativa del mismo (Carstensen et al., 2000; García-Ballesteros & Álvarez, 2011).

Entre las distintas dificultades por las que atraviesan las personas mayores destaca la relevancia que poseen las ocasionadas por factores psicológicos, motivo por el cual es importante centrarse en los trastornos depresivos cuando se aborda esta población. Dichos trastornos muestran patrones emocionales negativos relacionados con la tristeza, con una intensidad y duración suficientes para lograr una interferencia en la funcionalidad de la persona, además de una importante disminución del interés por las actividades de la vida diaria y del placer experimentado en las mismas (Rivas et al., 2011). La psicología se ha centrado

durante mucho tiempo, de manera casi exclusiva, en el estudio de la debilidad humana y de la patología, llegándose a identificar, y a veces hasta a confundir, psicología con psicoterapia y con psicopatología. Todo esto ha derivado en un marco teórico de connotaciones patogénicas, que ha ocasionado un sesgo muy amplio en referencia al estudio de la mente humana. De esta forma, focalizarse exclusivamente en lo negativo, hecho dominante en la psicología durante un periodo temporal tan extenso, ha conllevado la asunción de una teoría sobre el ser humano que ha olvidado, e incluso negado, los adjetivos positivos propios de la persona (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Todo ello ha supuesto la adopción de una visión distorsionada y pesimista del ser humano (Gillham & Seligman, 1999). Sin embargo, la investigación ha revelado que existen muchas personas que han padecido eventos estresantes o perniciosos y nunca han mostrado sintomatología negativa, siendo esta una circunstancia que se da especialmente en la población de personas mayores. Ello ha propiciado que el foco de atención se dirija también hacia la existencia de posibles factores que previenen el padecimiento de estos síntomas ante la aparición de eventos negativos o estresantes (García-Ballesteros & Álvarez, 2011).

Desde el reciente movimiento de la Psicología Positiva se defiende que las personas que presentan determinadas fortalezas psicológicas, operacionalizadas en sistemas de creencias positivas, estilos estables de pensamiento, rasgos de personalidad diferenciales, y un grupo de competencias emocionales y sociales, mejoran su afrontamiento del efecto negativo de los estresores cotidianos,

experimentan mayores niveles de bienestar y evitan la aparición de algunos problemas psicológicos. Especial interés ha suscitado para este enfoque la presencia de sintomatología depresiva en la población mayor, buscando prevenir su aparición e intervenir para disminuir estos síntomas cuando es necesario (Vázquez et al., 2009).

1. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y BIENESTAR EN PERSONAS MAYORES

1.1. Depresión: Prevalencia y conceptualización

La depresión se ha convertido en la nueva epidemia del siglo XXI, aumentando su prevalencia cada año en todo el planeta. De hecho, la Organización Mundial de la Salud proporciona cifras periódicamente sobre este problema, tanto a nivel mundial, como a nivel continental y nacional. Así, según informa, más de 300 millones de personas sufren esta enfermedad en el mundo, siendo además la principal causa de problemas de salud y discapacidad. En Europa, la prevalencia se sitúa entre el 8% y el 12% de toda la población. Por último, si nos centramos en nuestro país, los datos van en la misma línea, en torno a 2.408.700 de personas españolas sufren depresión, representando el 5,2% de la población española; es

más, entre los años 2005 y 2015 se ha producido en nuestro país un incremento del 18,4% en el número de personas que vive con depresión (OMS, 2020).

La depresión no solo se da en población adulta, sino que afecta de igual manera, aunque a un nivel menor, a niños y adolescentes menores de 15 años, teniendo a veces su comienzo en esta etapa vital (OMS, 2020). Sin embargo, la población más afectada por esta enfermedad es la de personas mayores, que, de forma general, muestra tasas más elevadas de sintomatología depresiva que personas de menor edad (Cesetti et al., 2017; Maske et al., 2017). En concreto, la incidencia de depresión mayor en el anciano supone entre un 3,6 y un 4,8% (Beekman et al., 1999; Heo et al., 2008; van't Veer-Tazelaar et al., 2008), aumentando hasta un 8 - 37,4% si lo que se considera son los trastornos depresivos en general. Si se tiene en cuenta además el sexo, la sintomatología depresiva está por encima del 7,5% en el caso de las mujeres con edades entre 55 y 74 años, y del 5,5% en el caso de los hombres situados en la misma franja de edad (OMS, 2020). En España, sufren depresión una de cada cuatro personas mayores de 65 años, siendo el porcentaje de mujeres superior al de hombres con esta sintomatología, llegando a afectar al doble de mujeres que de hombres (Araújo et al., 2021). Por último, según el Padrón de Andalucía, en el año 2017 había 3.028.706 personas mayores de 50 años con depresión (IECA, 2022), siguiendo la tendencia a nivel mundial y española de afectar en mayor medida a la población femenina. Todos estos datos justifican la necesidad de una intervención especialmente en esta población.

Tal y como se ha indicado, la depresión, y sobre todo los cuadros depresivos menores o leves, son especialmente frecuentes en la persona mayor, donde también hay más probabilidad de sufrir enfermedad física, como la enfermedad cardiovascular (Nicholson et al., 2006), la obesidad (Luppino et al., 2010), o el cáncer (Chida & Steptoe, 2008). Además, la sintomatología depresiva en esta población parece estar directamente relacionada con el aumento de la mortalidad (Cuijpers et al., 2014) y el deterioro cognitivo (Chachamovich et al., 2008; Kessler et al., 1997), así como con la aparición de otras enfermedades mentales y la demencia de Alzheimer (Valko et al., 2007). También es frecuente que, en esta etapa vital, la sintomatología depresiva se combine con la aparición de sintomatología ansiosa (Godoy-Izquierdo et al., 2009; Jivraj et al., 2014) o problemas de calidad del sueño (Cisneros & Ausín, 2019; Ludvigsson et al., 2016), produciendo un decremento más acentuado de la salud mental de estas personas. Para finalizar, en el caso de los mayores institucionalizados, estos presentan niveles mayores de sintomatología depresiva que las personas que residen en sus domicilios (Azeem & Naz, 2015; Seitz et al., 2010; Snowden, 2010).

En general, los trastornos depresivos se caracterizan fundamentalmente por la presencia en la persona de un sentimiento de tristeza, de duración e intensidad suficiente como para interferir en su funcionalidad, así como por una disminución acusada del placer o del interés por las actividades de la vida cotidiana (Rivas et al., 2011). En cuanto al diagnóstico de depresión mayor, de acuerdo con el DSM-5, deben estar presentes al menos cinco o más síntomas, durante casi todos los días,

en un periodo mínimo de dos semanas (APA, 2013). Los síntomas a los que se ha aludido son el estado de ánimo depresivo, la pérdida del placer o interés por casi todas las actividades, un aumento o pérdida significativa (mayor al 5%) de peso o disminución o aumento del apetito, el insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o la hipersomnia, la agitación o el retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente), la fatiga o pérdida de energía, el sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, la disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión y/o los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio y/o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En definitiva, puede afirmarse que entre la sintomatología depresiva se incluyen síntomas emocionales, cognitivos y conductuales (Botto et al., 2014; Pérez-Padilla et al., 2017). En el plano emocional, podrían darse síntomas del tipo de sentimiento de "vacío" o tristeza persistente, intensa y duradera, sensación de cansancio y pérdida de energía, sentimiento de culpa, inutilidad e impotencia, además de poca esperanza en el futuro, y sensación de ansiedad e irritabilidad. A nivel cognitivo, se puede observar una actitud, creencia o pensamiento pesimista sobre las cosas y el futuro (pensamientos de que las cosas no van a salir bien en el presente ni en el futuro), ideas de muerte o de suicidio, dificultades de memoria (con el foco atencional de memoria dirigido casi exclusivamente a los pensamientos negativos, dejando de lado los positivos) y dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones. Para concluir, en el aspecto

conductual, destacan el aumento o pérdida de peso y de apetito, la pérdida de interés en actividades o pasatiempos que antes eran del agrado de la persona (anhedonia) y la tendencia a dormir demasiado o no poder dormir.

1.2. Depresión: Factores que favorecen su desarrollo y efectos en las personas mayores

Se ha considerado que la depresión es una enfermedad con una etiología multicausal. Así, la depresión se ha relacionado con alteraciones bioquímicas, con trastornos físicos, con factores de personalidad, con la toma de algunos fármacos y con ciertos factores psicosociales (Cruzblanca-Hernández et al., 2016). El factor bioquímico asociado fundamentalmente con el desarrollo de la depresión ha sido la disminución en el cerebro de neurotransmisores como la noradrenalina, la dopamina o la serotonina. En cuanto a los factores físicos, es frecuente la aparición de depresión en trastornos de las glándulas tiroides o suprarrenales, tumores cerebrales malignos o benignos o accidentes cerebrovasculares, así como en enfermedades como esclerosis múltiple, sida o enfermedad de Parkinson. Por otra parte, la sintomatología depresiva suele estar presente igualmente en personalidades neuróticas, obsesivas y ciclotímicas, en las que la regulación de las emociones no sería adecuada, y que tenderían a reacciones emocionales negativas frecuentes, duraderas o lábiles. Del mismo modo, fármacos como los beta-bloqueantes, los corticosteroides y el interferón pueden propiciar una reducción en

los niveles de serotonina, dopamina y/o noradrenalina, y ciertas drogas recreativas y de diseño, como la cocaína o la heroína, pueden dar lugar a la aparición de sintomatología depresiva como principal síntoma de abstinencia. También se ha comprobado que determinados factores psicosociales, relacionados con la vida personal, laboral o relacional de la persona (por ejemplo: cambio en la situación de empleo, pasar al estado de jubilación, disminución de actividades sociales y de ocio, disminución o pérdida de relaciones conyugales, parentales o de amistad) pueden favorecer el desarrollo o el agravamiento de la sintomatología depresiva.

En las personas mayores, la depresión afecta a todos los ámbitos de su vida personal, social y de ocio (Morales-Fuhrmann, 2017; Pérez-Padilla et al., 2017). A nivel social, se produce un incremento de la dependencia de los servicios sociales, situación que suele traer consigo el decremento de la confianza en uno mismo y una disminución de la autoestima (Llanes-Torres et al., 2015). Además, la persona puede reducir sus relaciones afectivas, así como desarrollar dificultades para entablar o mantener en el tiempo relaciones de índole interpersonal (González et al., 2010). Las relaciones conyugales y familiares también se verán afectadas, dependiendo de la persona y de los familiares del entorno que, en multitud de casos, se convierten en sus cuidadores informales conforme la enfermedad avanza, a la vez que lo hace el paso de los años (González et al., 2010). En lo que se refiere a las actividades de ocio, el número de estas es muy probable que merme de forma considerable en esta etapa de la vida en personas con sintomatología depresiva. Si

no hay mejora, con el paso del tiempo pueden incluso llegar a abandonarse (Llanes-Torres et al., 2015).

1.3. Bienestar y envejecimiento óptimo en personas mayores

El bienestar subjetivo, entendido también erróneamente como calidad de vida y felicidad, se ha considerado especialmente relevante para las personas mayores. Diener y Suh (1998) defienden que el bienestar subjetivo incluye, tanto juicios globales sobre la satisfacción vital, como respuestas emocionales positivas y negativas con respecto a dominios concretos (trabajo, amigos, familia, etc.). Desde este punto de vista, la felicidad sería un resultado obtenido tras evaluar que el bienestar subjetivo es apropiado (balance afectivo de tipo positivo y un juicio general de satisfacción vital en el dominio del yo, (Diener & Suh, 1998). Por su parte, el concepto de calidad de vida incluye el elemento vivencial de la persona, por lo que diferentes autores se refieren a ella como calidad de vida "percibida" o satisfacción personal (García-Viniegras, 2005).

De acuerdo con una perspectiva tradicional, se ha considerado que el envejecimiento es una etapa vital de deterioro, poniendo el énfasis en las características vinculadas con las debilidades y pérdidas que se dan durante este periodo en el funcionamiento biológico (con la pérdida de distintas capacidades motoras, entre otras), social (al darse un decremento en las relaciones tanto familiares y conyugales como de ocio y laboral), y psicológico (por ejemplo el

sentimiento de soledad, pérdida de los seres queridos y aislamiento) (Kotradyová, 2016). Por tanto, de acuerdo con esta perspectiva, las personas mayores constituirían un grupo especialmente vulnerable con respecto a la pérdida del bienestar. Es decir, desde este punto de vista, se ha vinculado este periodo de la vida a infelicidad y a pérdida de bienestar subjetivo (Lang & Heckhausen, 2001; Lelkes, 2008; Mroczek & Kolarz, 1998).

Sin embargo, diferentes estudios empiezan a mostrar resultados dispares con respecto a esta visión negativa sobre el envejecimiento (Carstensen et al., 2000; Ehrlich & Isaacowitz, 2002; García-Ballesteros & Álvarez, 2011). Algunos estudios sugieren que las personas mayores presentan una serie de fortalezas esenciales para su óptimo desarrollo y evolución (Carmel, 2015; Ramsey & Gentzler, 2014; Sadler et al., 2011; von Humboldt et al., 2014). Finalmente, tanto estudios longitudinales como transversales, informan de un fenómeno conocido como "paradoja del bienestar durante la vejez", a través del cual se hace alusión a la presencia de niveles elevados de bienestar a pesar de la enfermedad y del deterioro cognitivo y físico propio de esta edad (Mroczek & Kolarz, 1998; Scheibe & Carstensen, 2010).

Atendiendo a lo indicado por Zamarrón (2006), se observa que, a la vez que se avanza en edad, algunas personas mayores consiguen aprender a utilizar estrategias con la emoción como punto central (Brandtstädter & Renner, 1990). Esto permite dar un significado diferente a los problemas que encuentran y

entenderlos, para que no influyan de forma negativa en sus vidas. Por ello, las personas mayores que hacen uso de estas estrategias se acomodan más y mejor a las diversas circunstancias por las que son rodeadas. Esto podría explicar por qué, a pesar de que las personas mayores tienen que enfrentarse a situaciones mucho más duras y complejas que los/as jóvenes, como pueden ser una enfermedad crónica, problemas de carácter económico, la jubilación, la pérdida de un ser querido, etc., su afrontamiento de estas situaciones hace que no merme sustancialmente su bienestar ni su calidad de vida.

En resumen, existe una asociación positiva entre el bienestar y el estado de salud, las relaciones sociales, el status marital, la satisfacción de las necesidades básicas, la autoeficacia, el ocio activo y las habilidades personales en los mayores (Godoy-Izquierdo et al., 2012). Por tanto, parece que hay una serie de elementos en el envejecimiento que están vinculados con el bienestar, y que harían posible lograr vivir esta etapa vital en óptimas condiciones de salud y calidad, evitando el declive y el sufrimiento asociado con las pérdidas que las personas mayores experimentan con el paso de los años. Algunos de estos elementos están relacionados con aspectos personales y comportamentales, y otros son contextuales. Pero muchos de ellos pueden ser entrenados para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

2. TRATAMIENTOS PARA LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS MAYORES

2.1. Introducción

En la actualidad, la media del consumo de antidepresivos de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se halla en el 6,5%. España, por su parte, se sitúa por encima, siendo un 7,5 por ciento de habitantes los que toman medicación para tratar la depresión (Médica, 2017). La situación de nuestro país en dicho índice no es casual. Los datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) indican que el consumo de medicación antidepresiva se ha triplicado hasta alcanzar un total de 26 dosis al día por cada mil habitantes (AEMPS, 2012). El problema, además, no se centra únicamente en el consumo, sino también en la adherencia de los/as individuos al tratamiento. Según el Consejo General de Farmacéuticos, solo

el 28 por ciento de los/as pacientes que realizan el consumo de este tipo de medicamentos cumple de forma adecuada con el tratamiento. Esta misma tendencia se observa también en Andalucía, en la que existe además una alta prevalencia de depresión leve/moderada en mayores de 50 años, que muestra una gran dificultad para su tratamiento (Médica, 2017).

Como consecuencia de estos alarmantes datos, las diferentes guías prácticas para el tratamiento de la depresión recomiendan el uso de distintos fármacos antidepresivos, pero siempre en combinación con diferentes intervenciones de corte psicológico, como la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual, entre otras (García-Delgado & Gastelurrutia, 2003; Ministerio de Sanidad, 2014; ASS, 2015). Así mismo, hay autores que consideran que el tratamiento psicológico debe ser la primera opción para abordar la sintomatología depresiva, puesto que ayuda a evitar los efectos secundarios producidos por la medicación antidepresiva. Así, por ejemplo, lo recoge la nueva guía del Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), la cual recomienda la identificación, el tratamiento y el manejo de la depresión en adultos a partir de los 18 años (NICE, 2022). En el mismo sentido apunta el meta-análisis de Cuijpers (2023) en el que, partiendo de 409 ensayos clínicos aleatorizados (con más de 52.000 participantes), se llega a la conclusión de que la psicoterapia y la medicación antidepresiva tienen una eficacia similar a corto plazo, pero que, a largo plazo y en cuenta a efectos secundarios, las

intervenciones psicológicas son claramente superiores para reducir la sintomatología depresiva.

En las próximas líneas se exponen los principales presupuestos de los tratamientos farmacológicos para la depresión, así como de cada una de las intervenciones psicológicas de uso más extendido. Igualmente, se muestra el nivel de eficacia demostrada que cada uno de estos tratamientos posee para hacer frente a la sintomatología depresiva, comparando dichas intervenciones entre sí cuando es posible.

2.2. Tratamientos farmacológicos

En el caso de los tratamientos farmacológicos para la depresión, existen varios tipos de medicamentos antidepresivos empleados en el tratamiento de la sintomatología depresiva, tanto para adultos como para personas mayores. Una clasificación utilizada con frecuencia distingue entre aquellos que son de primera generación -antidepresivos más antiguos-, los que pertenecen al grupo de segunda generación -o intermedios-, y, en último lugar, los más recientes, los de la tercera generación (Wagner-Graul et al., 2005).

La mayor parte de los de primera generación pertenecen a los antidepresivos tricíclicos, tales como desipramina, amitriptilina, imipramina, nortriptilina y clomipramina. Los antidepresivos de segunda generación abarcan un grupo muy heterogéneo debido a su estructura química, la cual incluye, entre otros,

la viloxacina, la maprotilina y la mianserina. Los antidepresivos de tercera generación conforman un grupo compuesto en su mayoría por inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina. Los primeros son conocidos como ISRS, e incluyen fármacos como nefazodone, trazodona, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, citalopram y sertralina. Los segundos reciben la denominación de ISRN y son, entre otros, la duloxetina y la venlafaxina.

Se ha demostrado que utilizando un tratamiento farmacológico acertado se toleran dosis adecuadas del mismo que resultan beneficiosas en un periodo de seis semanas para el 50-70% de la población (AHCPR, 1993). Por ello, se puede concluir que los/as pacientes adultos que presentan depresión mayor recurrente se benefician del tratamiento antidepresivo continuado.

Joffe y cols. (1996), en un meta-análisis llevado a cabo con adultos de distintas edades, y que incluye estudios con grupo placebo, han mostrado la superioridad de la medicación antidepresiva tricíclica frente al placebo. Esto ha sido corroborado igualmente en otros estudios similares (León et al., 2021; Silva, 2009). Este tipo de resultados ha propiciado que durante décadas los estados depresivos más recurrentes y graves, sobre todo los que incluyen características melancólicas o endógenas, hayan sido tratados mediante la utilización de antidepresivos tricíclicos (AHCPR, 1993; APA, 1993). Sin embargo, su reducido nivel de seguridad, así como los efectos secundarios que generan este tipo de

antidepresivos, ha llevado a su sustitución por otros fármacos de segunda y tercera generación que adolecen de estos problemas.

También existe polémica, no obstante, acerca de si los nuevos fármacos son más eficaces que los de primera generación. En esta línea, un resumen, que abarca un gran número de estudios existentes en distintas edades de la población adulta, ha comparado estos nuevos antidepresivos con placebos o con otros fármacos, mostrando que los nuevos antidepresivos poseen un efecto significativamente mejor que el placebo (50% para el fármaco activo y 32% para el placebo empleado), pero equivalente a los fármacos que cuentan con mayor antigüedad (AHCPR, 1999). En la misma línea, existe evidencia de que los antidepresivos tricíclicos y los ISRS son igualmente eficaces para el manejo a largo plazo de la depresión mayor recurrente (Friedman & Thase, 1995; Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Respecto a la eficacia de diferentes antidepresivos de tercera generación para la prevención de recurrencias y recaídas, se ha estudiado y comprobado en 21 ensayos clínicos con grupo placebo. Los resultados de estos ensayos clínicos revelan que no existen diferencias entre fluvoxamina y sertralina, fluoxetina y sertralina, y tampoco entre trazodona y venlafaxina, así como que el efecto de estos fármacos sobre la sintomatología depresiva es superior al efecto del placebo empleado (Mitchell et al., 2013). Por su parte, y también incluidos como antidepresivos de tercera generación, los ISRS, así como otros medicamentos

todavía más recientes que afectan a los neurotransmisores noradrenalina y dopamina, poseen por lo general una menor cantidad de efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos (Chávez-León et al., 2008).

Desde hace unos años, se han desarrollado avances de vital importancia para la creación y evolución de los antidepresivos, hecho que ha propiciado la posibilidad de poder utilizar diferentes fármacos. Sin embargo, aunque se dispone de distintos tipos de antidepresivos, se considera que no hay un esquema único para clasificar estos fármacos ya que, de una manera u otra, todos los antidepresivos modifican la función de la noradrenalina o de la serotonina en el sistema nervioso central de la persona (Gitlin, 2009). En definitiva, hasta este momento no se dispone de información y estudios fiables capaces de afirmar que un antidepresivo concreto es mejor que otro, hecho que hace que su elección siga estando en función de los efectos secundarios que produce, así como de las interacciones que presenta con otros fármacos, algo muy frecuente en la población de personas mayores, que consume medicamentos para diferentes y variados síntomas. Así, en la mayoría de casos, serán los efectos secundarios, además de la adecuación del paciente al fármaco, el coste, la comorbilidad, la tolerabilidad y la resistencia al tratamiento, lo que llevará a escoger un antidepresivo sobre otro (Gitlin, 2009; Herrera, 2015).

Para finalizar, aunque actualmente el cuidado al mayor con depresión se está priorizando (Rodríguez-Uribe et al., 2010), los tratamientos actuales tienen como principal inconveniente la aparición de efectos secundarios y las

interacciones con otros fármacos también en esta población. Además, entre el 15 y el 30% de los pacientes con sintomatología depresiva no logran un estado adecuado de bienestar y funcionamiento tras un primer ensayo con medicación antidepresiva (Fava et al., 1996). Por último, la implementación de tratamientos psicológicos no invasivos tiene amplias ventajas con reducido coste. Entre sus ventajas se encuentran que tienen menos efectos secundarios, no interaccionan con los fármacos, presentan efectos beneficiosos sobre los aspectos cognitivos, y son fácilmente aceptados por la población diana que, al verlos como terapias psico-educativas, facilita la adherencia a los mismos (Cuijpers et al., 2023; Pérez Álvarez et al., 2001).

2.3. Tratamientos psicológicos

Se han desarrollado diferentes tratamientos de corte psicológico para hacer frente a la depresión. En el siglo XX surgieron diferentes tratamientos, tales como la terapia de activación conductual, el tratamiento cognitivo-conductual, las terapias cognitivas y la terapia interpersonal (Beck et al., 1996; Klerman et al., 1984; Lewinsohn, 1975). Actualmente, se proponen también otros tratamientos alternativos a los tradicionales que presentan una importante evidencia empírica, de entre los cuales destaca la terapia de aceptación y compromiso (Luciano & Valdivia, 2006). Todas estas terapias, las tradicionales y las más recientes, han mostrado una eficacia, como mínimo, similar a la de los más óptimos tratamientos

farmacológicos para reducir la sintomatología depresiva de distinta índole (Ministerio de Sanidad, 2014; Pérez-Padilla et al., 2017; Vázquez et al., 2019).

2.3.1. Terapia de Activación Conductual

La terapia de activación conductual establece que las conductas que son características de las personas deprimidas poseen un papel fundamental en el cuadro depresivo. Esta terapia parte de la premisa de que la persona con depresión ha dejado de percibir refuerzos por parte de su entorno y esa carencia de refuerzos hace que se desarrollen patrones de evitación que, a su vez, pueden mantener la sintomatología depresiva (Dimidjian et al., 2006). Por ello, la activación conductual se convierte en un proceso terapéutico que propone a la persona la realización de determinadas conductas observables que pretenden llevarle a un entorno que le sirva de refuerzo (Martell et al., 2001) y, de esta manera, se den mejoras derivadas tanto en el estado de ánimo como en los pensamientos y, de manera especial, en la calidad de vida (Mazzucchelli et al., 2009).

En su mayoría, los estudios sobre la terapia de activación conductual han pretendido mostrar su efectividad en personas adultas y mayores con trastorno depresivo mayor. En diferentes trabajos llevados a cabo, tanto de manera grupal como individual, se observó un incremento significativo de las actividades realizadas para mejorar el estado de ánimo depresivo y la sintomatología depresiva (Avellaneda et al., 2013; Bottonari et al., 2008; Snarski et al., 2011). La terapia de activación conductual ha sido también usada en el tratamiento de personas que

muestran otros problemas clínicos en comorbilidad con la sintomatología depresiva. En este línea, Romero y cols. (2011) obtuvieron resultados positivos en un paciente con esquizofrenia, consiguiendo disminuir, además de los síntomas psicóticos, los síntomas depresivos que presentaba, y aumentando los niveles de reforzamiento positivo.

Esta terapia ha obtenido asimismo resultados que reflejan una importante ventaja de su aplicación frente a otras intervenciones para la depresión, como la terapia farmacológica y la terapia cognitivo-conductual. La terapia de activación conductual ha demostrado ser, como mínimo, tan eficaz como los tratamientos farmacológicos para la depresión mayor, especialmente en los pacientes con depresión severa (Dimidjian et al., 2006; Martell et al., 2001), conllevando tasas más bajas de abandono (Dimidjian et al., 2006). Además, esta terapia cuenta con la aceptación generalizada de los pacientes, ya que entre un 26 y un 66% de ellos la escogieron frente al uso de medicación para tratar la depresión cuando se les ofrecía dicha opción, algo que se da tanto en población adulta como mayor (Craven & Bland, 2006). La terapia de activación conductual ha demostrado igualmente ser más eficaz que la terapia cognitivo-conductual, a pesar de que esta última ha sido tradicionalmente el tratamiento de tipo psicológico más empleado para paliar la depresión en población adulta y mayor, y aquel que más se ha comparado con la farmacología antidepresiva (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996).

En resumen, la terapia de activación conductual ha logrado convertirse en una alternativa preferente para manejar la sintomatología depresiva en comparación con otras intervenciones psicológicas, lo que ha hecho que pueda posicionarse como una intervención basada en la evidencia para el tratamiento de la depresión en distintas edades (Carrascoso & Valdivia, 2007).

2.3.2. Terapia cognitivo-conductual

El tratamiento cognitivo-conductual parte de la premisa de que los trastornos depresivos son consecuencia de un déficit conjunto en habilidades de afrontamiento ante las distintas dificultades que se presentan, una perspectiva negativa del mundo y problemas en el ámbito de la regulación emocional. La dimensión cognitiva de esta terapia incide en que la depresión surge al verse alterado el procesamiento de información de la persona, hecho que sucede debido a las emociones y creencias negativas que experimenta; una parte del tratamiento cognitivo-conductual está basado por tanto en modificar tanto los pensamientos negativos como las creencias vinculadas con ellos (Keegan, 2007).

Se han llevado a cabo, en esta línea de intervención, diversos estudios que reflejan efectos positivos y resultados que se mantienen incluso a largo plazo para tratar distintos trastornos del estado de ánimo y, especialmente, la depresión (Peng et al., 2009). Así, un número importante de estudios controlados, aleatorizados y meta-analíticos han encontrado que la terapia cognitivo-conductual es un método tan eficaz como los tratamientos psicofarmacológicos en población adulta (Butler

et al., 2006; DeRueis et al., 1991; Hollon et al., 2006), siendo mejor que la terapia farmacológica para prevenir las recaídas (Hollon et al., 2006; Kuyken et al., 2005, 2007). Este tipo de terapias ha mostrado ser eficaz asimismo en el ámbito de la atención primaria (Merrill et al., 2003) y en pacientes con sintomatología depresiva moderada y grave (Cuijpers et al., 2008; Hollon et al., 1993). Además, la terapia cognitivo-conductual resulta eficaz atendiendo tanto a los costes que genera como a su funcionalidad dentro de ámbitos clínicos reales (Hollon et al., 1993), así como cuando se implementa en combinación con otras técnicas como activación conductual, psicoeducación, auto-instrucciones, entrenamiento en respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y/o entrenamiento en asertividad (Antón et al., 2016). Igualmente, la intervención cognitivo-conductual breve, de cinco sesiones de duración, ha resultado ser útil frente a un grupo control para la prevención de la sintomatología depresiva en cuidadoras profesionales que presentan altos índices de estos síntomas, pero que todavía no han llegado a desarrollar un episodio depresivo mayor (Vázquez et al., 2014).

De modo similar, se ha encontrado que este tipo de tratamiento psicológico es eficaz en el abordaje de la sintomatología depresiva en población mayor, mostrando una eficacia superior que la intervención farmacológica también con esta población (Cuijpers et al., 2008). Por último, en mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo, la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que un grupo de control para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa (Sales et al., 2015).

2.3.3. Terapia cognitiva de Beck

Por su parte, Beck y cols. (1996) proponen abordar el tratamiento de la depresión considerando e interviniendo sobre una serie de esquemas mentales mediante los que la persona afronta las distintas situaciones que vive en su día a día. Desde su punto de vista, el ser humano es capaz de procesar información, transformarla, combinarla, relacionarla y llegar, con todo ello, a concebir ideas nuevas. Al ser estos esquemas los que dan significado a lo que la persona experimenta en su vida, será trabajando con ellos cómo el individuo podrá hacer frente y superar los problemas que presente. Los esquemas no siempre son patológicos, tratándose este de un proceso, no solo sano, sino inevitable para los seres humanos, ya que tales estructuras cognitivas se van formando y consolidando mediante nuestra educación y nuestra cultura. No obstante, en determinados casos, sí pueden volverse patológicas. Este hecho sucede cuando el individuo desarrolla una visión negativa de la propia persona, del entorno que lo rodea y del futuro. Todo esto, que generaría la depresión, es lo que se conceptualiza con el nombre de tríada cognitiva, y será en este caso cuando se haga necesaria la intervención.

La terapia cognitiva de la depresión propone intervenir directamente en los esquemas o interpretaciones de la tríada cognitiva, específicamente sobre los pensamientos automáticos negativos que se producen en momentos y situaciones concretos y que dan lugar a la emoción de tristeza. La verbalización de los pensamientos automáticos en la consciencia del individuo depresivo, y el trabajo

con las interpretaciones erróneas que se producen, hacen que la tristeza pueda disminuir y que se puedan construir interpretaciones que den lugar a otros estados anímicos.

La evidencia empírica pone de manifiesto que la terapia cognitiva es eficaz para reducir la sintomatología depresiva en población adulta, en comparación con grupos de control de lista de espera o tratamiento farmacológico (Cabezas-Pizarro & Lega, 2006; Ferrari-Marback & Pelisoli, 2014; Figueiredo-Araújo & Shinohara, 2002; Figueroa, 2002; Toro, 2012; Wenzel et al., 2010). Pero no ha sido uno de los tratamientos de elección en el caso de las personas mayores.

2.3.4. Psicoterapia Interpersonal

La terapia interpersonal es una terapia de corte breve y estructurada que ayuda a la persona que padece depresión en el manejo de los problemas interpersonales que experimenta (Klerman et al., 1984). Este tipo de terapia se centra por tanto en la intervención sobre el funcionamiento social. Los problemas referidos al funcionamiento social que puede sufrir una persona con sintomatología depresiva pueden estar relacionados con déficit de habilidades de interacción social, manejo inadecuado de las relaciones con exceso de disputas interpersonales, falta de habilidad para manejar la pérdida tras sufrir una muerte y/o dificultades para asumir el cambio de rol en la vida cotidiana. La depresión se trataría, por tanto, como una enfermedad vinculada con el deterioro en la relación que el individuo mantiene con personas significativas para él.

Durante las últimas décadas, la psicoterapia interpersonal ha demostrado poseer eficacia en diferentes contextos y formatos, así como con distintas poblaciones, no sólo para el tratamiento de la depresión, sino también para el abordaje terapéutico de otros trastornos psicopatológicos como trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y trastornos bipolares (Schramm, 1998). Dada su utilidad, esta terapia ha sido aplicada con pacientes afectados únicamente con sintomatología depresiva, pero también se ha adaptado para su aplicación en atención primaria y en terapia de parejas, tanto en formato individual, como grupal (Schramm, 1998).

Cuando se han comparado sus efectos con los obtenidos tras la ingesta de medicación antidepresiva, la psicoterapia interpersonal ha demostrado ser más eficaz que esta para la disminución de los síntomas característicos de la depresión y en la consecución de habilidades para que los pacientes puedan mejorar su funcionamiento personal y hacer frente a la pérdida interpersonal (Levkovitz et al., 2000). En general, la psicoterapia interpersonal ha sido mejor que el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual en pacientes con sintomatología depresiva (Crujpers et al., 2014) y en pacientes con depresión severa (Elkin et al., 1989; NICE, 2004).

2.3.5. Terapia de Aceptación y Compromiso

Esta terapia, desarrollada por Hayes y cols. (1999) y Wilson y Luciano (2002), conforma un modelo de intervención que goza de una elevada evidencia

empírica (Hayes, 2004; Ruiz et al., 2014). Tiene como objetivo modificar el trastorno de evitación experiencial mediante la creación de un repertorio de comportamientos encaminados a la aceptación psicológica y a la consecución de metas valiosas para la persona, incluso aunque esté experimentando circunstancias que le generen malestar (Hayes et al., 2011; Luciano & Valdivia, 2006). Los estudios llevados a cabo sobre la supresión de pensamientos constituyen un ejemplo de cómo la evitación experiencial contribuye a la aparición de la sintomatología depresiva, hecho que esta terapia procura modificar (Galera et al., 2012).

La terapia de aceptación y compromiso se creó para el tratamiento del Trastorno de Evitación Experiencial (Hayes et al., 2006). Dicho trastorno está caracterizado por un patrón de comportamiento rígido e inflexible que busca reducir el malestar de la persona en forma de sensaciones, pensamientos u otros eventos privados, con la finalidad de poder vivir mejor (Wilson & Luciano, 2002). Así, la problemática de la depresión no tendría su raíz en los pensamientos negativos ni en el estado anímico, sino en el papel que han tomado los eventos privados en la persona. Dichos eventos habrían llevado a desarrollar una regulación ineficaz del comportamiento que trae consigo aumento del malestar y limitación en la vida (Zettle & Hayes, 2002).

Karlin y cols. (2013) pusieron a prueba una intervención de aceptación y compromiso para reducir la sintomatología depresiva en dos grupos poblacionales:

jóvenes y adultos -entre 18 y 64 años-, y mayores -con una edad superior a los 65 años-. Los resultados obtenidos demostraron que la terapia de aceptación y compromiso constituía un tratamiento adecuado y efectivo tanto para los jóvenes como para los mayores, sin encontrarse diferencias significativas dependientes de la edad, incluso en aquellos casos donde los niveles de depresión eran más elevados. En la misma línea se sitúan los resultados expuestos por Alonso y cols. (2013), que aplicaron un protocolo de aceptación y compromiso en personas adultas desarrollado en diez sesiones, con el fin de mejorar la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar de las personas participantes. Tras la aplicación del protocolo, hallaron un incremento del bienestar y un decremento de la sintomatología depresiva, quedando así, una vez más, avalada la eficacia y relevancia de este tipo de terapias.

Durante los últimos años, se ha estudiado la eficacia terapéutica de las terapias de tercera generación para abordar la intervención psicológica en personas mayores. Parece que en estas personas las estrategias que se basan en la evitación como, por ejemplo, la supresión de pensamientos, podrían estar vinculadas con una reducción del significado vital (Krause, 2007), un aumento del riesgo de suicidio y mayores niveles de síntomas depresivos (Andrew & Dublin, 2007; Cukrowicz et al., 2008). De acuerdo con estos presupuestos, Wetherell y cols. (2009) utilizaron un protocolo de aceptación y compromiso con personas mayores diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad Generalizada que tenían además niveles elevados de sintomatología depresiva. Los resultados obtenidos mostraron una reducción

significativa de la preocupación y de la sintomatología depresiva. Por último, un estudio realizado por Ruiz y cols. (2014) proporcionó evidencia favorable sobre la aplicabilidad y la eficacia de un protocolo de intervención breve elaborado a partir de los presupuestos de la terapia de aceptación y compromiso en personas mayores con Trastorno Depresivo Recurrente y Trastorno Distímico, disminuyendo de manera significativa la sintomatología depresiva de los mismos.

Finalmente, debe destacarse que al comparar los efectos de esta terapia con los logrados tras recibir un tratamiento antidepresivo, se ha observado que dicha terapia psicológica resulta más eficaz tanto para disminuir la sintomatología depresiva como para aumentar el bienestar en el mayor (García et al., 2004; Luciano & Cabello, 2001).

2.4. Conclusiones

En los párrafos precedentes se han abordado las principales aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de la sintomatología depresiva, así como su eficacia. Por tanto, pueden extraerse las siguientes conclusiones. En primer lugar, la terapia de activación conductual ha mostrado su eficacia para el tratamiento de problemas psicológicos al compararse con otras intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas, obteniendo evidencia tanto empírica como clínica. Asimismo, el tratamiento cognitivo-conductual es considerado el tratamiento psicológico tradicional más eficaz para tratar la sintomatología

depresiva y aumentar el bienestar en personas mayores, revelando una eficacia superior a la obtenida por las intervenciones de corte farmacológico. Por su parte, la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión ha demostrado ser mejor al comparar sus efectos frente a grupos de control donde no se aplica ningún tratamiento o frente al tratamiento farmacológico. De igual forma, la terapia interpersonal resulta una terapia más eficaz para tratar la depresión mayor, tanto con población adulta, como con mayores. Esto sucede cuando se compara con grupos controles que utilizaron terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva. La terapia de aceptación y compromiso ha mostrado una eficacia mayor que las terapias de activación conductual y cognitivo-conductual al emplearse en personas adultas y mayores con sintomatología depresiva. Por último, todas estas terapias psicológicas han mostrado poseer una eficacia al menos similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos. Además, hay que tener presente la importancia de emplear la terapia de corte psicológico frente a la farmacológica, debido a las múltiples carencias y a los efectos secundarios no deseados que pueden originar los fármacos antidepresivos.

A pesar de la eficacia de las intervenciones mencionadas, la mayoría de los estudios expuestos se han realizado con personas adultas, siendo todavía escasas las investigaciones desarrolladas específicamente con personas mayores. Igualmente, la mayoría de las terapias no se han adaptado a las características que definen a las personas que se encuentran en este período vital y, con frecuencia,

están basadas en la reducción de la sintomatología, sin considerar la mejora del bienestar psicológico y subjetivo, así como la calidad de vida de esta población.

Sería necesario, por tanto, centrar la atención de la investigación en el incremento de la adherencia de los mayores al tratamiento psicológico (adaptando el mismo a sus características concretas), así como la adherencia a sus efectos, con el fin de conseguir aumentar en la persona tanto su bienestar como su calidad de vida. Del mismo modo, debería procurarse un estudio más exhaustivo del mantenimiento y desarrollo de los resultados logrados en la intervención mediante el empleo de periodos de seguimiento más largos, que permitan consolidar los resultados logrados. Todo ello permitiría ampliar la cantidad de evidencia empírica de las intervenciones mencionadas, todavía escasa, con la población de personas mayores.

En los últimos años, además, el paradigma de la Psicología Positiva, que se está haciendo un hueco dentro de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, ha recuperado el énfasis en la importancia del bienestar y ha desarrollado intervenciones dirigidas a fomentar esta variable también en personas mayores. Por tanto, se constituye como una aproximación prometedora para mejorar la salud y el bienestar de los mayores.

3. PSICOLOGÍA POSITIVA, BIENESTAR Y PERSONAS MAYORES

3.1. Psicología Positiva: Virtudes y Fortalezas

En la actualidad se cuenta con sólidos conocimientos sobre los efectos de las emociones negativas (como tristeza, miedo, ira, etc.) y el papel que estas desempeñan en el malestar de muchos de los trastornos físicos y emocionales (Miguel-Tobal et al., 1997; Seligman, 2005). El paradigma de la Psicología Positiva no tiene únicamente como fin el estudio del malestar, sino que también focaliza su atención sobre aquellos aspectos que proporcionan una protección frente al desarrollo y deterioro de la enfermedad y contribuyen a la recuperación (Seligman & Peterson, 2004). Las emociones positivas como la alegría, el entusiasmo, o la felicidad, entre otras, tienen un elevado valor adaptativo en el desarrollo de la evolución humana, actuando como una barrera ante diferentes

trastornos patológicos; por lo cual, tendrían un efecto protector. Estos estados emocionales positivos son consecuencia del desarrollo de rasgos individuales positivos conocidos como Fortalezas Personales (Seligman, 2003).

En esta línea, la Psicología Positiva pretende, a través del estudio científico, hallar la vinculación que existe entre las emociones positivas, el bienestar psicológico y subjetivo y la salud, poniendo el foco de atención en las fortalezas personales (Vázquez, 2013), con el objetivo de construir una vida saludable, significativa, productiva y, al fin y al cabo, feliz (Park & Peterson, 2009). Puede decirse entonces que la Psicología Positiva se fundamenta en tres grandes pilares (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000): emociones positivas, instituciones positivas y rasgos positivos o fortalezas.

Dentro de las emociones positivas se incluye el estudio de emociones como la ilusión, la esperanza, la alegría, el agradecimiento, etc., que han permanecido en cierta manera olvidadas durante mucho tiempo por la investigación psicológica, y que contribuyen al desarrollo de las personas. Se pretende retomar su estudio, tomando como punto de inicio la creencia confirmada de que el valor adaptativo de las emociones positivas es algo imprescindible para el ser humano, al constituir una barrera frente a la aparición de sintomatología negativa, así como por sus efectos para la generación de bienestar en las distintas circunstancias que la persona experimenta en su vida cotidiana (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Las sociedades actuales han de aspirar a tener un conjunto de instituciones o medios

institucionales que apoyen, validen y fomenten las emociones positivas y las fortalezas personales; es decir, han de promover la creación de instituciones que sirvan de ayuda a los individuos para su desarrollo personal. Algunas de las más importantes son la familia, la libertad de información, la educación, la democracia y las redes de seguridad social y económica, entre otras. Es a través de estos medios institucionales como las personas pueden ejercitar y desarrollar sus fortalezas personales, siendo apoyadas y alentadas por el entorno en el que se encuentran inmersas. Igualmente, los rasgos positivos o fortalezas psicológicas son aquellas características personales que ayudan a la persona a lograr una vida satisfactoria. Son las manifestaciones o características psicológicas de las virtudes clásicas, definiéndose como aquellos rasgos que se presentan en situaciones distintas y en diferentes momentos temporales y producen consecuencias positivas (Seligman, 2005). Las virtudes, por su parte, ayudarían a las personas a mantener sus cualidades positivas, a reducir los propios defectos, a realizar las cosas de una manera más correcta y a convertir aquello que es negativo en positivo. Así mismo, una virtud será valorada como tal cuando sea valiosa por sí misma, no como un medio para alcanzar otro fin, cuando se pueda cultivar o desarrollar, y cuando se valore en la mayoría de culturas (Peterson & Seligman, 2004b).

Con el fin de reconocer, medir y potenciar dichos rasgos, Seligman y Peterson (2003, 2004) han propuesto una clasificación de fortalezas y virtudes personales que los profesionales de la Psicología pueden identificar, así como promover, para ayudar a las personas a alcanzar mayores niveles de bienestar.

Concretamente, se han propuesto 6 virtudes, en las cuales se incluyen las 24 fortalezas personales.

La primera virtud es el Conocimiento o Sabiduría. Implica el interés por compartir, por la búsqueda y por el intercambio de conocimientos con otras personas. Comprende las fortalezas de Curiosidad (Búsqueda de novedad, Interés por el mundo y Apertura a la experiencia), Creatividad (Inventiva, Originalidad), Amor por el Aprendizaje y por el Conocimiento, Mentalidad Abierta (Pensamiento crítico, Capacidad de juicio) y Perspectiva. Valor o Coraje es la segunda de las virtudes y abarca las fortalezas que constituyen un impulso para conseguir alcanzar nuestras metas, superando los obstáculos. Incluye las fortalezas de Valentía, Integridad (Honestidad y Autenticidad), Persistencia (Diligencia y Perseverancia) y Vitalidad (Entusiasmo, Energía, Vigor, Pasión por las cosas). La tercera virtud ha sido denominada Humanidad o Amor, y alberga las fortalezas vinculadas con el afecto interpersonal y la capacidad de poseer relaciones de amistad con otras personas. Aquí se sitúan la Benevolencia, la Bondad (Generosidad, Cuidado, Calidez, Compasión, Amabilidad, Amor altruista) y la Inteligencia Social (Inteligencia personal, Inteligencia Emocional). La Templanza o Moderación constituye la cuarta de las virtudes propuestas, es la virtud que nos lleva a actuar de modo juicioso frente a los excesos. Abarca fortalezas como la Humildad-Modestia, la Prudencia, la Capacidad de Perdonar-Compasión y la Autorregulación (Autocontrol). La Justicia, quinta virtud, determina de manera objetiva las responsabilidades morales y éticas y los derechos hacia las demás personas. Dentro

de esta Virtud están las fortalezas de Liderazgo, Equidad y Civismo (Lealtad, Responsabilidad social y Trabajo en Equipo). Por último, hay que dedicar una especial atención a la sexta virtud: Trascendencia y Espiritualidad, que se haya compuesta por fortalezas que se vinculan con el sentido y propósito que le otorgamos a la vida y la conexión que establecemos con nuestro medio. Dentro de esta virtud se incluyen algunas de las fortalezas más estudiadas empíricamente en las últimas décadas: Apreciación de la Excelencia y la Belleza (Capacidad de Admiración, Asombro y Elevación), Esperanza (Proyección y Orientación al futuro, Optimismo), Gratitud, Espiritualidad (Fe, Religiosidad, Propósito) y Sentido del Humor (Humor positivo).

3.2. Concepto y tipos de bienestar. Bienestar en personas mayores

Los trabajos llevados a cabo para abordar la temática de las virtudes y las fortalezas se han realizado, como se indicaba anteriormente, mediante el entrenamiento de ciertas características y habilidades positivas, con el fin de ayudar a la persona a experimentar un nivel mayor de bienestar (Peterson & Seligman, 2004b; Vázquez et al., 2009). Por su parte, en el estudio de dicho bienestar se debe distinguir conceptualmente entre Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo (Ryan & Deci, 2001), estando ambos conceptos asociados con una mejor calidad de vida (Jackson & MacLeod, 2016), una menor morbilidad y un incremento en la esperanza de vida (Friedman & Ryff, 2012; Steptoe et al., 2009).

3.2.1. Bienestar Psicológico o Eudaimónico

El Bienestar Psicológico o Eudaimónico se fundamenta en la premisa de que las personas se sienten felices si experimentan desafíos, propósitos vitales y crecimiento. Dicho enfoque se derivaría, por tanto, de la Teoría de Autodeterminación para conceptualizar la felicidad (Keyes et al., 2002; Ryan & Deci, 2000). Esta teoría viene a concluir que la felicidad se halla vinculada con el cumplimiento en las áreas de competencia y autonomía del sujeto, es decir, que la persona sentirá bienestar cuando se sienta realizada de manera autónoma y competente en los aspectos concernientes a su funcionamiento físico, social y psíquico. En resumen, y según los autores citados, el Bienestar Psicológico es una variable de ajuste personal que se ve incrementada al potenciar en el individuo aspectos tales como: competencia, autoaceptación, crecimiento personal, contribución social, expresividad personal, sentimientos de pertenencia, sentido de autonomía o control y sensación de propósito y significado.

Hay autores que han centrado su investigación en esta temática. Tal es el caso de Ryff y Keyes (1995) que, a raíz de su estudio centrado en el Bienestar Psicológico del ser humano, conceden mayor importancia al crecimiento personal y a la aceptación de sí mismo, así como a la integración y adaptación del individuo en el ambiente social en que vive, conformando de esta manera un concepto del bienestar como constructo integrador compuesto por hasta seis dimensiones:

a) Autoaceptación. Primera dimensión y una de las más importantes del bienestar. Se define como la actitud positiva que una persona presenta hacia sí misma, aceptando tanto los aspectos positivos como los aspectos negativos de su ser. Aquella persona que posee niveles elevados de autoaceptación se sentirá bien consigo misma a pesar de ser conocedora de sus propias limitaciones y sus defectos, haciendo una valoración positiva de su pasado y considerándolo como fuente de aprendizaje. Sin embargo, quienes muestran un nivel demasiado alto en autoaceptación presentarán tendencia hacia el perfeccionismo, así como al uso excesivo de los criterios de valoración externos. Por ello, cuando se aumentan los niveles de autoaceptación de las personas se consiguen otros beneficios psicológicos además de bienestar (Keyes et al., 2002).

b) Relaciones positivas con las otras personas. Abarcaría tanto el establecimiento como el desarrollo de relaciones adaptativas con los demás. Este tipo de relaciones positivas con las personas se haría presente cuando la persona muestra cercanía y empatía, por ejemplo, hacia quienes forman parte de su familia o su entorno. La capacidad de amar a otras personas sería también un ejemplo claro de esta dimensión y, considerándola, podemos entender cómo el referido establecimiento y mantenimiento de relaciones positivas con los demás conforma en la persona, no solo una muestra de bienestar, sino también de salud mental en sí misma (Erikson, 1996; Ryff & Singer, 1998).

c) Dominio del entorno. Trata acerca del manejo del medio según las propias necesidades y de la buena sensación de control. Estaríamos ante la aptitud personal que busca seleccionar situaciones favorables para conseguir los propios deseos y necesidades. Así mismo, esta dimensión hace referencia a la habilidad que presenta la persona para desenvolverse en un entorno complejo, poseyendo la capacidad de adaptarse a las circunstancias contrarias que encuentra. Si la persona posee una elevada percepción de dominio del entorno sobre aquello que le rodea, se sentirá capaz de influir en dicho entorno y de afrontar las situaciones adversas. Si, por el contrario, la persona tiene un bajo nivel de dominio del entorno, mostrará mayor dificultad para hacer frente a las adversidades que se presenten en su vida cotidiana (Díaz et al., 2006).

d) Autonomía. Versa sobre la existencia del sentido de independencia, libertad personal e individualidad. Las personas que son autónomas se sienten convencidos de lo que experimentan a nivel personal y libres en sus elecciones. Esta dimensión del bienestar busca evaluar la independencia de una persona en aspectos distintos de su vida cotidiana, abarcando la libertad para poder elegir aquello que se desea, poder tomar decisiones propias y mantener una independencia emocional y personal, así como un criterio propio, aunque no se cuente con la aceptación de los demás. Por tanto, elevados niveles de autonomía correlacionarán positivamente con una alta capacidad para desplegar una mayor resistencia frente a los impulsos propios y la presión social (Ryff & Singer, 2002).

e) Propósito en la vida. Esta dimensión mediría la necesidad que tienen las personas de hallar un propósito vital, ya que se precisa marcar metas asumibles y claras, al igual que objetivos realistas, obteniéndose de este proceso los refuerzos cotidianos. Cuando las puntuaciones en esta dimensión son elevadas, la persona experimenta un elevado significado y sentido de su vida tanto en lo referente al pasado como en lo concerniente a su presente y a su futuro (Ryff & Keyes, 1995).

f) Crecimiento personal. Esta dimensión tendrá como propósito medir la capacidad de la persona para poder aprender de sí misma, estando abierta tanto a experiencias nuevas como desafiantes. El fomento del crecimiento personal hará posible que el individuo experimente un continuo aprendizaje, posea la capacidad de aprender también de lo que va recibiendo y sea consciente de que posee los recursos para poder mejorar en multitud de ámbitos (Keyes et al., 2002).

Diferentes autores mantienen que, de estas seis dimensiones, aquellas que más relevancia y mayor presencia poseen en el bienestar eudaimónico son la autoaceptación, el crecimiento personal, el dominio del entorno y el propósito de vida (Springer & Hauser, 2006; Tomás et al., 2012).

3.2.2. Bienestar Subjetivo o Hedónico

Por su parte, el Bienestar Subjetivo o Hedónico se basa en la noción de que la felicidad se consigue cuando aumenta el placer y disminuye el dolor. Por ello, este concepto se ha convertido en el término científico que se usa fundamentalmente para hacer referencia a la "buena vida o vida feliz".

El Bienestar Subjetivo se entiende como la evaluación que las personas hacen en relación con su bienestar; es decir, de qué modo lo viven o lo perciben. Engloba en sí un componente cognitivo (satisfacción vital) y un componente afectivo (elevados niveles de afecto positivo y afecto negativo bajo). Se propone, así, que el individuo experimenta sentimientos de felicidad cuando el afecto positivo y la satisfacción con la vida son elevados en dominios tales como las variables demográficas, el ocio, la salud, la interacción social, el trabajo, y otros aspectos personales y ambientales, combinado esto con un estado anímico positivo y ausencia o bajos niveles de estado de ánimo negativo (Beltrán-Guerra, 2018; Carruthers & Hood, 2004; Diener & Suh, 1998; García-Alandete, 2015).

De forma general, algunos autores consideran que el constructo comprende cuatro grandes categorías con diferentes variables que interactúan entre sí: afecto positivo, afecto negativo, satisfacción con la vida y dominios de satisfacción (Cuadra & Florenzano, 2011). El afecto positivo incluye aspectos como alegría, euforia, orgullo, satisfacción, cariño, éxtasis y felicidad. El afecto negativo abarca por su parte emociones como tristeza, culpa y vergüenza, enfado, ansiedad y preocupación, depresión, estrés y envidia. En la satisfacción con la vida se engloban los elementos de satisfacción con la vida actual, deseo de cambiar la vida, satisfacción con el pasado, satisfacción con el futuro y satisfacción con cómo otros ven nuestra vida. Por último, el dominio de satisfacción comprende ocio, familia, trabajo, salud, ingresos, satisfacción con los demás y satisfacción con uno mismo.

3.2.3. Bienestar en personas mayores

Tanto el bienestar psicológico, como el bienestar subjetivo, irán modificando sus formas de manifestación a lo largo de la vida, ya que la persona se va encontrando con distintas situaciones que deberá afrontar en los diferentes períodos vitales. A partir de los 65 años, empiezan a suceder acontecimientos vitales como jubilación, aparición de algunas dificultades en la motricidad, mayor probabilidad de enfermedad, cambio de domicilio, o pérdida de seres queridos, entre otros. Así, las personas se enfrentan en estos momentos a desafíos para su bienestar en todas sus dimensiones, teniendo que replantearse nuevas metas y objetivos, realizar diferentes actividades, adaptarse a la etapa en la que actualmente se encuentran y adquirir nuevas habilidades. Si la adaptación no se produce de forma adecuada, podrían resultar afectadas la autoestima o la autoeficacia (Ortiz-Arriagada & Castro-Salas, 2009), derivando en una disminución del bienestar y, en determinadas circunstancias, en el desarrollo de trastornos emocionales como ansiedad y depresión (Cisneros & Ausín, 2019).

Sin embargo, a pesar de la presencia del deterioro físico y cognitivo y de la mayor probabilidad de enfermedad de las personas mayores, se ha comprobado que en muchos casos se produce una buena adaptación a esta etapa vital. Esta adaptación va acompañada de un mayor bienestar emocional y un buen nivel de satisfacción vital (Fernández-Ballesteros, 2009; Vázquez, 2013), así como de la presencia de niveles elevados de bienestar subjetivo y psicológico en general

(Mroczek & Kolarz, 1998; Scheibe & Carstensen, 2010), mejores relaciones maritales, mejores relaciones sociales, y un ocio más activo (Godoy-Izquierdo et al., 2012). Según reflejan diferentes estudios (Brandtstädter & Renner, 1990; Zamarrón, 2006), algunas personas mayores aprenden a conceder un significado diferente a los problemas cotidianos a los que tienen que enfrentarse, comprendiendo de una manera más positiva, y evitando de este modo que los acontecimientos influyan de forma negativa en sus vidas. Esto produce una mejor acomodación a sus circunstancias vitales sin sufrir un deterioro relevante ni en su calidad de vida ni en su bienestar.

Por tanto, se puede afirmar que existen ciertos elementos en el envejecimiento que están estrechamente vinculados con el bienestar, y que ayudarían a vivir esta etapa de la vida en condiciones óptimas de salud y de calidad, evitando el declive y el sufrimiento asociado con las pérdidas de las personas mayores con el paso de los años (Carmel, 2017; Ramsey & Gentzler, 2014; Sadler et al., 2011; von Humboldt et al., 2014). Algunos de estos elementos se hallan relacionados con aspectos comportamentales y personales, y otros son contextuales. Pero muchos de ellos pueden entrenarse para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona mayor. Es por ello, que en esta etapa de la vida cobran especial importancia las fortalezas personales propuestas desde el paradigma de la Psicología Positiva (Carmel, 2017; Hendriks et al., 2019; Sutipan et al., 2017).

De entre las 24 fortalezas personales, la gratitud y el perdón han demostrado el valor terapéutico de su entrenamiento, tanto para reducir la sintomatología emocional, como para mejorar el bienestar subjetivo y psicológico en personas mayores (Vázquez et al., 2006). Por tanto, se hablará de ellas más extensamente en el próximo apartado.

3.3. Fortalezas de Gratitud y Perdón y personas mayores

La gratitud es una fortaleza caracterizada por conectar con el universo más extenso y que otorga un significado vital, englobándose dentro de la virtud de trascendencia, por ir más allá de la persona y unirla con algo más permanente y elevado: el futuro, la evolución propia y otras personas (Peterson & Seligman, 2004). El perdón se encuentra dentro de la virtud de templanza, haciendo referencia a la expresión moderada y adecuada de las diferentes necesidades que posee la persona en determinadas circunstancias donde se sufre una transgresión (Seligman, 2003).

3.3.1. Gratitud

Si nos centramos específicamente en la gratitud, esta se ha definido de varias formas, dependiendo del autor que aborda la temática y de los aspectos diferenciales que haya tenido en cuenta. Así, puede ponerse el énfasis en sus

aspectos comportamentales, en factores emocionales, en la aparición conjunta de ambos elementos, o concebirla como una capacidad o habilidad.

A nivel comportamental, algunos de estos autores definen la gratitud como la respuesta, mediante una acción o gesto concreto, que una persona da ante la bondad de otra, de la cual ha recibido algo positivo y que se considera valioso. Igualmente, para que ese comportamiento se dé, se reconoce que ese individuo siempre que ha otorgado algún beneficio lo ha hecho de forma intencionada y a veces incluso con un determinado coste personal, por lo que el valor que se concede a dicha acción es aún mayor (Froh et al., 2008). Autores como Snyder y Lopez (2007) afirman que la gratitud también puede proceder de acciones o eventos que no son necesariamente humanos. Por tanto, no solo se incluiría la gratitud como la acción de agradecer un presente recibido o un favor concedido por otra persona, sino que el individuo podría mostrarse agradecido por acontecimientos vitales cotidianos, tales como un favor concedido de manera desinteresada, por ejemplo, o por experimentar diversas situaciones y experiencias, como visualizar un paisaje agradable de la naturaleza o saborear una comida dulce.

Atendiendo al aspecto emocional, la gratitud se entiende como el sentimiento de alegría y agradecimiento que se experimenta al recibir aquello que una persona considera un obsequio. En definitiva, un sentimiento de agradecimiento que puede producirse ante las circunstancias del día a día y puede propiciar una interpretación positiva de las vivencias cotidianas (Emmons &

McCullough, 2003a), y contribuir a ampliar los buenos recuerdos de los acontecimientos del pasado (Vázquez & Hervás, 2011).

Por su parte, dentro de un marco conjunto comportamental y emocional, McCullough y cols. (2002) han ofrecido una de las propuestas con mayor aceptación y atención en la temática, entendiendo la gratitud, no como una característica dependiente de uno de los dos factores mencionados exclusivamente, sino como una tendencia generalizada de las personas para reconocer y dar una respuesta de agradecimiento ante los beneficios –logros o experiencias positivas– recibidos de los demás.

Por último, para Emmons y Stern (2013), la gratitud es entendida como una capacidad. La capacidad de que una persona sea agradecida se podrá manifestar durante la vida como una emoción instantánea o como una fortaleza personal que es relativamente estable y consistente y genera resultados o consecuencias de carácter positivo, como las conductas prosociales, la felicidad, el afecto positivo o el bienestar, para hacer frente a las emociones negativas.

En resumen, la gratitud ha sido, y sigue siendo, objeto de estudio y de conceptualización en la actualidad. De todas las definiciones anteriormente recogidas se deduce que la gratitud es un concepto multidimensional, que incluye sentimientos, acciones y pensamientos, más o menos estables y consistentes, ante acciones o acontecimientos positivos desinteresados.

Según McCullough y cols. (2002), para que se produzca gratitud tiene que existir una cierta sensibilidad a dar una respuesta agradecida. Desde su punto de vista, hay 4 parámetros que nos permiten evaluar la respuesta de gratitud, los cuales resultan útiles tanto para el estudio como para el entrenamiento de la fortaleza: frecuencia, intensidad, densidad y amplitud. La frecuencia es la cantidad de veces por las que una persona se siente agradecida durante un determinado periodo de tiempo. La intensidad se refiere al grado de fuerza con que un individuo traduce en gratitud la forma en la que vive un acontecimiento considerado positivo. La densidad es el número de personas por las que alguien se siente agradecido tras recibir un beneficio. La amplitud es el número de situaciones vitales por las cuales una persona se muestra agradecida en un determinado momento. Cuando la persona muestra niveles elevados de gratitud, se observa una frecuencia, intensidad, densidad y amplitud igualmente altos (McCullough et al., 2002). Para medir estos parámetros se han desarrollado varios instrumentos de evaluación, que pueden aplicarse a población adulta, adulta-mayor y mayor. Los más utilizados son el Cuestionario de Gratitud-20 ítems (CQ-20) y su escala reducida (GQ-6), compuesta por 6 ítems.

La literatura existente con respecto a la gratitud muestra una importante cantidad de estudios que avalan el entrenamiento de esta fortaleza como medio para mejorar diferentes variables. Estos resultados empíricos se recogen a continuación, en función de la variable que es objeto de estudio. Así, se ha investigado la relación entre gratitud y edad (Kashdan et al., 2009), gratitud y rasgos de personalidad (Sun

et al., 2014), gratitud y bienestar subjetivo y psicológico, tanto de forma conjunta como por separado (Allan et al., 2013; Elosúa, 2015; Froh et al., 2008b; Nezlek et al., 2017; Schueller & Parks, 2011), gratitud y enfermedad física (Lies et al., 2014) y psicológica –síntomatología depresiva (Konradt et al., 2013; Lambert et al., 2012; Senf & Liau, 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009), ira (Baxter et al., 2012), estrés (Cheng et al., 2015; Lanham et al., 2012), y ansiedad (Allan et al., 2014; Petrocchi & Couyoumdjian, 2016).

La gratitud ha sido estudiada en distintas etapas evolutivas: infantil y adolescente (Ma et al., 2013), edad adulta (Owens & Patterson, 2013), y población de personas mayores (Krause, 2012; Nezlek et al., 2017; Sandage et al., 2011). Köning y Glück (2014) han encontrado evidencia empírica que avala una relación positiva entre la gratitud y la fortaleza personal de sabiduría, especialmente en las personas mayores. En el trabajo que llevaron a cabo, las personas participantes que tenían mayor nivel de sabiduría (puntuaciones más elevadas en inteligencia cristalizada), mostraron también ser generalmente más agradecidos con la vida, aunque esta relación estaba moderada por las creencias religiosas, la salud y una actitud más positiva frente a la adversidad. También con población mayor, Kashdan y cols. (2009) encontraron que las personas mayores suelen considerar la gratitud como una experiencia positiva en mayor medida que las personas adultas. Según estos autores, las personas, al envejecer y ser conscientes de que el tiempo es un bien escaso, evalúan sus metas y prioridades, cambiando su búsqueda de logros y conocimientos por la vivencia de acontecimientos que las complazcan a

nivel emocional y dirigiendo sus recursos hacia lo que les provoca placer y significado.

En cuanto a la relación entre gratitud y rasgos de personalidad, Alarcón y Morales (2012) hallaron que la gratitud se asocia de modo directo con la responsabilidad y la amabilidad, y de modo inverso con el neuroticismo. Esto la convierte en una fortaleza beneficiosa para afrontar el impacto de los acontecimientos vitales, especialmente de los negativos. Así mismo, se ha observado que existen determinados rasgos, como el cinismo y el narcisismo, que la inhiben (Solom et al., 2017), ocasionando un bloqueo para el desarrollo de emociones positivas y pudiendo originar sintomatología negativa como la tristeza en cualquier tipo de población, pero especialmente en la de personas mayores. Por su parte, Polak y McCullough (2006) encuentran correlaciones negativas entre gratitud y otros rasgos de personalidad como el materialismo. Así, las personas más agradecidas suelen ser también descritas como personas menos resentidas, envidiosas y materialistas, más predispuestas a compartir sus posesiones, más generosas y más capaces de reducir las emociones negativas que se producen como consecuencia de la comparación social (Emmons & Mishra, 2011; Froh et al., 2011; Lambert et al., 2009; Polak & McCullough, 2006; Roberts et al., 2015).

Respecto al bienestar subjetivo o hedónico, Froh y cols. (2009) y Mann (2012) han estudiado su relación con la gratitud en estudiantes universitarios. Los datos muestran una relación positiva, siendo esta mayor en mujeres. Es posible que

estos datos sean un reflejo de diferencias culturales, debido a que los hombres pueden pensar que manifestar su gratitud hace disminuir su estatus social y su masculinidad (Froh et al., 2009; Sun & Kong, 2013). En España, e igualmente con estudiantado universitario, Ferrer (2017) encontró resultados similares, siendo la gratitud capaz de predecir un incremento en los niveles de satisfacción vital, así como un decremento en la sintomatología depresiva, especialmente en las mujeres. En población adulta y mayor se han llevado a cabo varios estudios para estudiar la asociación entre gratitud y bienestar subjetivo, empleando distintos procedimientos: escribir una carta de agradecimiento (Boehm et al., 2011; Lyubomirsky et al., 2011; Timmons et al., 2017) o realizar actos bondadosos y mostrar gratitud en la vida (Della Porta et al., 2012; Layous et al., 2013; Lyubomirsky & Layous, 2013; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Sheldon et al., 2012). Los resultados muestran también una relación directa entre gratitud y bienestar, siendo de nuevo las mujeres las que presentan puntuaciones más elevadas en gratitud. En la misma línea, se ha observado que la gratitud es una fortaleza que ayuda a aumentar el bienestar subjetivo en personas mayores, incrementando la satisfacción con la vida, así como las emociones positivas, sobre todo con respecto al pasado, y disminuyendo la sintomatología negativa, especialmente la tristeza (Emmons & McCullough, 2003b). Por último, también en personas mayores con edades entre 77 y 90 años, se ha encontrado que la gratitud correlaciona positivamente con los sentimientos positivos y negativamente con las preocupaciones y la sintomatología depresiva (Hörder et al., 2013).

Relativo al bienestar psicológico, y atendiendo a la dimensión concreta de las relaciones, expresar la gratitud también se considera una fortaleza esencial en las relaciones personales (Algoe et al., 2008). En referencia a esto, el estudio de Kubacka y cols. (2011), realizado con población adulta, revela que unos niveles elevados de expresión del agradecimiento se vinculan con niveles también altos en comportamientos que procuran el mantenimiento de la relación en pareja, estando mediada esta relación por una percepción más positiva de la pareja. Por tanto, la gratitud correlaciona positivamente con el desarrollo y mantenimiento de relaciones de pareja más positivas (Gordon et al., 2011). Entre los mecanismos que podrían explicar estos efectos sobre las relaciones personales, Emmons y Mishra (2011) consideran que la gratitud crea recursos sociales mediante la promoción de acciones prosociales y el fortalecimiento de las relaciones, así como reduciendo las emociones tóxicas resultado de la comparación social y la autocomparación. Las personas agradecidas realizan menos comparaciones sociales que derivan en resentimiento, autocomparaciones o envidias (Emmons & Mishra, 2011). Por otra parte, Méndez y cols. (2014) estudiaron la gratitud y su relación con el bienestar psicológico en población mayor. La muestra del estudio la conformaron 27 mayores de entre 63 y 96 años, encontrándose una asociación positiva entre gratitud y cuatro de las cinco dimensiones del bienestar psicológico: autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación. Otro grupo de estudios se ha centrado en el efecto protector que posee la gratitud sobre trastornos como la ansiedad y la depresión, entre otros (Watson & Naragon-Gainey, 2014). Así, se ha

demostrado la utilidad de la gratitud para ayudar a las personas en la recuperación de eventos traumáticos, tal y como sucedió con el caso de los veteranos de guerra procedentes de Vietnam (Kashdan et al., 2006). De este modo, parece que el reconocimiento de las cosas por las que podemos experimentar sentimiento de gratitud, incluso en los momentos de mayor dificultad, constituye una habilidad imprescindible para lidiar con los problemas y el sufrimiento que estos producen. En la misma línea, estudios de distinto tipo confirman que la gratitud está vinculada de manera negativa con la sintomatología depresiva en personas adultas y mayores, con independencia del procedimiento usado para entrenar esta fortaleza: escribir una carta de gratitud (Boehm et al., 2011; Lyubomirsky et al., 2011; Timmons et al., 2017), o mostrar gratitud en la vida y realizar actos bondadosos (Della Porta et al., 2012; Layous et al., 2013; Lyubomirsky & Layous, 2013; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Sheldon et al., 2012). En el caso concreto de las personas mayores, la gratitud hace que se preocupen menos por cosas que no se pueden cambiar, y disminuyen, de este modo, la probabilidad de experimentar sintomatología depresiva en el momento presente (Hörder et al., 2013).

Por último, hay datos que apoyan la correlación positiva entre gratitud y salud física (Algoe et al., 2008; Lies et al., 2014). A este respecto, se ha observado que quienes son agradecidos poseen una mejor calidad de sueño, probablemente por tener menos pensamientos negativos antes de ir a dormir (Wood et al., 2009). Por su parte, Jackowska y cols. (2016) hallaron que los individuos más agradecidos que padecen insuficiencia cardíaca poseen menor probabilidad de sufrir una muerte

súbita. Igualmente, Mills y cols. (2015) demostraron que puntuaciones elevadas en gratitud están asociadas con un número inferior de procesos inflamatorios y un incremento de la variabilidad del ritmo cardíaco, factores ambos que están asociados con una reducción del riesgo cardíaco.

3.3.2. Perdón

Durante mucho tiempo, el constructo de perdón no ha despertado interés suficiente para ser considerado objeto de estudio por parte de la Psicología. No obstante, en la última década, se ha incrementado la investigación en la denominada Psicología del Perdón, hecho posiblemente impulsado por el interés que se muestra por el concepto desde la Psicología Positiva, que lo concibe como una de las fortalezas personales que posee efectos más beneficiosos sobre el bienestar (Prieto-Ursúa et al., 2012).

Existen distintas definiciones de perdón, al igual que sucedía en el caso de la gratitud, según el énfasis que se ponga en sus componentes emocionales, cognitivos o comportamentales, o en el conjunto de ellos.

Si se centra la atención en el componente emocional, considerado el más importante, el perdón es una fortaleza que puede emplearse como herramienta para deshacer la amargura, la ira, y otras emociones de índole negativa, pudiendo llegar incluso a transformar las emociones negativas en positivas (Enright & Coyle, 1998; McCullough & Witvliet, 2002; Seligman, 2003), al reducir el nivel de angustia psicológica que se experimenta al vivenciar estas emociones. En esta misma línea,

Hargrave y Sells (1997) consideran que lo realmente importante del perdón es que permite restaurar sentimientos como la confianza y el amor, poniendo fin al vínculo destructivo que se ha establecido. Por su parte, Enright y Coyle (1998) mantienen que el perdón implica la voluntad para dejar atrás el derecho a los juicios negativos, a las actitudes de indiferencia y al resentimiento hacia las personas que nos han causado un daño, dejando paso a sentimientos de generosidad, compasión y hasta de amor hacia las mismas. En la misma línea se encuentra la definición de Thompson y cols. (2003), que conciben el perdón dentro del marco de un proceso de transgresión, en el cual, tanto el vínculo de la persona con el transgresor, como la propia transgresión y sus secuelas, pasan de ser algo negativo, a neutro, o incluso positivo. Por último, el perdón también puede entenderse como la empatía emocional de la persona agraviada hacia el ofensor (De Pinho & de Oliveira-Falcone, 2015; Wade & Worthington, 2003). Atendiendo a esta conceptualización, la persona desarrolla la capacidad de no dejarse llevar por emociones como la tristeza o la rabia, e interpretará la forma de actuar del ofensor sin una intencionalidad negativa, con un estilo de apego seguro y una personalidad alejada del narcisismo (Fehr et al., 2010).

Cuando la persona es ofendida experimenta la aparición de pensamientos negativos que se dirigen hacia sí misma, hacia el ofensor y hacia el resto del mundo en general, pudiendo imaginar, en esta línea, distintas venganzas contra el ofensor, y rumiar los pensamientos negativos que hacen que el daño se perpetúe en el tiempo (Muñoz-Sastre et al., 2003). Contra esta función del pensamiento, desde

una perspectiva cognitiva, el perdón es entendido como un proceso de comprensión cognitiva mediante el cual una persona llega a entender de manera racional que ha recibido un trato injusto y puede perdonar, dejando de lado el resentimiento, así como todo el malestar que a nivel general puede llegar a experimentar derivado de este (Enright & Fitzgibbons, 2000; Menahem & Love, 2013; Muñoz-Sastre et al., 2003).

Si se atiende a los componentes emocionales y comportamentales conjuntamente, Cornish y Wade (2015) definieron el hecho de perdonar como un proceso mediante el cual la persona acepta su responsabilidad por haber causado daño a otro y expresa su remordimiento. Así, el individuo hace intentos por cambiar aquellos patrones conductuales que le han conducido a dicha ofensa, muestra implicación en la restauración mediante conductas de carácter reparador y vuelve al compromiso con sus propios valores. De este modo, el perdón alcanza una renovada autoaceptación, autocompasión y autorrespeto, experimentándose con todo ello un proceso de crecimiento a nivel moral.

Por último, y desde una visión global, para algunos autores el perdón es entendido como un proceso de múltiples dimensiones que implica componentes tanto emocionales, como cognitivos y conductuales (McCullough et al., 2013). En esta línea, Williamson y Gonzales (2007) describieron el proceso de perdonar tras sufrir una agresión identificando, en el plano cognitivo, que los pensamientos más comúnmente presentes son vengativos, representaciones ofensivas del agresor,

pensamientos de finalización de la relación, preguntas acerca de si la víctima ha tenido algún tipo de culpa en lo sucedido y otras referentes al motivo de que la persona ofensora haya actuado de esa manera. Por su parte, las reacciones afectivas más presentes son los sentimientos de tristeza, dolor, rabia, confusión y la sensación de traición. En el nivel conductual, finalmente, la persona se distancia o evita al ofensor o muestra sus sentimientos enfrentándose al infractor del daño o llorando.

En resumen, y atendiendo a todas las acepciones anteriores, podemos considerar el perdón como una acción, proceso o estrategia que, a través de la voluntad de la persona transgredida, lleva a la aceptación de emociones, así como a la consecución de un esfuerzo para que quien ha sido ofendido pueda restaurar sentimientos y modificar pensamientos negativos, volviéndolos positivos, o generarlos si no los había. Estos sentimientos y pensamientos positivos son los que conducirán a un más óptimo desarrollo, por ejemplo, de la confianza. Así, el reconocimiento de las cosas por las que podemos experimentar sentimientos de perdón, incluso en los momentos de mayor dificultad, constituye una habilidad imprescindible para lidiar con los problemas y el sufrimiento que los mismos pudieran producir.

Se han propuesto tres clasificaciones sobre los tipos de perdón: la que distingue entre el perdón intrapersonal y el interpersonal, aquella que diferencia entre el perdón como una conducta concreta o una disposición general, y la que

argumenta la distinción que se da en el perdón cuando este se dirige a sí mismo o hacia otras personas. De este modo, la primera clasificación propuesta plantea diferenciar entre el perdón intrapersonal o unilateral y el perdón interpersonal o negociado. El primero de estos haría alusión a un proceso que se desarrolla en la persona transgredida siendo independiente en su totalidad de las acciones de quien realizó la agresión (Enright & Coyle, 1998). Por otro lado, el perdón interpersonal o negociado posee la función de reparar el daño o reparar las relaciones (Andrews, 2000). En segundo lugar, se ha diferenciado entre el perdón como conducta específica, enfocada a agresiones concretas donde la persona se ha transgredido a sí mismo u a otros (el perdón específico), y el perdón como la disposición general a perdonar en diferentes situaciones y a lo largo del tiempo (el perdón disposicional) (McCullough & Worthington, 1999). Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que las creencias religiosas están asociadas de manera distinta con estos dos tipos de perdón (Edwards et al., 2002; McCullough & Worthington, 1999). Por otra parte, hay que distinguir entre el perdón hacia otras personas, es decir, cuando el perdón es concedido al agresor por parte de quien ha sido agraviado (Enright, 1996), y el perdón dirigido a uno mismo, o deseo de abandono del auto-resentimiento, tras reconocer la persona que ha cometido un error que es objetivo, dando lugar al fomento de la generosidad, la compasión y el amor hacia uno mismo (Enright, 1996). En consecuencia, el verdadero auto-perdón se fundamenta en dos principios: la superación personal y la autoaceptación (Toussaint et al., 2014).

En relación con los instrumentos de medida del perdón, son pocos los que han sido traducidos y validados en castellano. Algunas escalas han sido diseñadas para la medición de la disposición general a perdonar y se han empleado en un número importante de estudios. Entre ellas destacan la Escala de Perdón como Rasgo (TFS) (Berry et al., 2005) y la Prueba de Perdón de Transgresión Narrativa (TNTF) (Berry et al., 2001), ambas dotadas de una adecuada fiabilidad y validez tanto para la versión original como para su traducción al castellano (Berry et al., 2001, 2005). Respecto a las escalas que miden el perdón específico, la más utilizada es la Escala de Motivaciones Interpersonales relacionadas con la Transgresión (TRIM-12) (McCullough et al., 1998). Dicha escala, validada y con una adecuada fiabilidad (McCullough et al., 1998), se diseñó con el fin de medir el perdón específico o episódico en relaciones cercanas, siendo su objetivo inicial la evaluación de la venganza y la evitación, dos dimensiones del perdón. Tiempo después, a estas dos subescalas se le añadió una tercera dimensión, la benevolencia, originándose así una versión nueva y actualizada, el TRIM-18 (McCullough et al., 2006). Esta escala se ha traducido y validado de forma reciente en castellano (Guzmán et al., 2014), mostrando adecuados índices de consistencia interna. Uno de los instrumentos que más se emplea en España para evaluar el perdón es el Inventario de Valores en Acción de Fortalezas, dimensión de perdón (VIA-IS), que ha sido creada por Peterson y Seligman (2004a) con el fin de medir las 24 fortalezas personales en las personas adultas. Posee una fiabilidad satisfactoria ($\alpha > 0.70$), así como una adecuada adaptación al castellano. Por último, hay que

destacar la Escala Heartland de Perdón (HFS), que se usará en el presente trabajo. Dicho instrumento de evaluación refleja la capacidad de perdonar que posee una persona hacia sí misma, hacia otras personas y hacia situaciones que están fuera de su control. Esta escala posee una adecuada adaptación al castellano, así como unos satisfactorios índices de fiabilidad y validez (Mora-Pelegrín et al., 2017).

El perdón ha sido una de las fortalezas que ha suscitado más apoyo empírico en los últimos años. En las siguientes líneas, se presente un resumen de dichos hallazgos, en función de la relación del perdón con variables o aspectos como edad, sexo, creencias religiosas, relaciones interpersonales, salud física y psicológica, y bienestar subjetivo y psicológico.

Cuando se tiene en cuenta la edad, los estudios reflejan que las personas mayores muestran una mayor tendencia a perdonar que las personas más jóvenes (Allemand, 2008; Siltan et al., 2013). Se ha establecido que esto se produce debido a que los mayores poseen unas creencias personales y sociales, así como unos valores característicos, que les conducirán a una mayor predisposición al perdón, dándose estos en menor medida en adultos de menor edad (Romero & Mitchell, 2008). En esta línea, Lawler-Row y Piferi (2006) hallaron diferencias relevantes en el hecho de perdonar en una población adulta de entre los 50 y los 95 años de edad. Las personas mayores hacían una descripción de sí mismas con mayor predisposición a perdonar que adultos más jóvenes que ellas. También Morales y Arias (2014), indican que el perdón es una capacidad con alto valor que se

encuentra presente en las etapas finales de la vida. Por su parte, Romero y Mitchell (2008) informan de que los valores y las creencias personales y a nivel social de las personas mayores predisponen al perdón más que en los adultos de edad inferior. En una línea similar, Cheng y Yim (2008) indicaron que la percepción del tiempo como un recurso que es limitado influye a la hora de predisponer a la persona para perdonar conflictos interpersonales, explicando esto, al menos en parte, algunas de las diferencias halladas en función de la edad. Para finalizar, Steiner et al. (2012) describen a las personas de mayor edad como más tolerantes que los adultos más jóvenes, así como más agradables y menos neuróticos, constituyendo esto rasgos de la personalidad que les predisponen al perdón.

En relación con el sexo, la mujeres muestran mayor predisposición al perdón cuando son comparadas con los hombres, principalmente porque los hombres buscan en mayor medida la venganza ante un agravio sufrido (Casullo, 2005). Por su parte, los hombres perdonan con el fin de poder continuar adelante con sus vidas, con una mejora de su convivencia social, mientras que las mujeres perdonan para conseguir ellas mismas el perdón (Casullo, 2005). Cuando se tiene en cuenta simultáneamente la edad y el sexo son las mujeres mayores quienes más perdonan (Naimi, 2019). Tanto los más jóvenes como quienes son de mayor edad piensan que la ausencia de rencor y la reconciliación son los factores de mayor importancia para perdonar, observándose una mayor importancia de las creencias religiosas y el paso del tiempo para las personas mayores y siendo importante que

se pida perdón explícitamente y que exista arrepentimiento para que se produzca el perdón en personas más jóvenes (Esteban et al., 2016).

Tener creencias religiosas se relaciona de modo positivo con el perdón y de manera negativa con la venganza (McCullough et al., 2005). La religiosidad se incrementa con la edad (Fernández, 2017; Sharma & Singh, 2019), por tanto, las personas mayores que son religiosas reflejan una mayor predisposición al perdón y un menor interés en la venganza (Maganto & Garaigordobil, 2010; McCullough et al., 2005). Zarzycka (2019) ha indicado que las personas mayores que tienen creencias religiosas suelen tener necesidad de perdonar para sentirse en consonancia con aquello en lo que creen y vivir de la manera más satisfactoria que se pueda. En esta línea, Akhtar y cols. (2017) realizaron entrevistas semiestructuradas a personas ateas y personas religiosas, encontrando que el perdón en las personas religiosas estaba vinculado con un equilibrio de tipo emocional, un aumento de las emociones positivas, el decremento del afecto negativo, el incremento de las relaciones sociales, del crecimiento personal, así como del propósito de vida. Respecto al grupo de personas que se consideraban ateas, se halló una relación entre no perdonar y diversos efectos negativos como las barreras en el crecimiento psicosocial y la reducción en las habilidades de tipo cognitivo. Por todo ello, se puede afirmar que el perdón conforma un elemento fundamental y determinante para lograr el bienestar psicológico de las personas.

En cuanto a la asociación entre perdón y relaciones interpersonales, el perdón se ha considerado clave en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, al dejar de lado sentimientos como la venganza o el resentimiento. Así, se ha observado que las personas que poseen una mayor tendencia a perdonar, son, igualmente, más propensas a establecer nuevas relaciones sociales, así como a esforzarse por mantener aquellas con las que ya cuentan, con el fin de alcanzar una mayor tranquilidad e incluso estabilidad en sus propias vidas. Esto es algo que se halla, por ejemplo, al perdonar una infidelidad dentro del contexto de una relación de pareja (Allemand et al., 2007; Braithwaite et al., 2011; Fincham et al., 2006; Kim et al., 2011).

Por su parte, numerosos trabajos han evidenciado la asociación que existe entre la salud y el perdón, tanto a nivel psicológico como también físico (Bono et al., 2008; Prieto-Ursúa et al., 2012; Thoresen et al., 2000; Worthington & Scherer, 2004). El perdón puede restaurar el resentimiento que experimenta el individuo, su hostilidad y la salud física. En una investigación llevada a cabo por Witvliet y cols. (2001) se solicitó a un grupo de participantes que recordaran una afrenta grave que hubieran sufrido mientras se les medía el ritmo cardíaco, la presión arterial, la tensión muscular y algunos indicadores fisiológicos más. Pudo observarse que cuando se pensaba acerca del propio resentimiento que la persona experimenta, los niveles de estos indicadores sufrían un incremento. Igual pasó con las sensaciones negativas de rabia, ansiedad y estrés. Contrario a esto, en otro grupo se pidió que imaginasen a la víctima perdonando a sus transgresores. Aquí se encontró que los

indicadores anteriormente mencionados retornaron a niveles más estables. De igual manera, se han corroborado los beneficios que se producen gracias al perdón en pacientes con enfermedades orgánicas; por ejemplo, en pacientes con cáncer, los cuales indican poseer una mayor calidad de vida, esperanza, bienestar psicológico, así como un decremento de la sensación de angustia cuando perdonan a sus ofensores (Hansen et al., 2009; Prince-Paul & Exline, 2010).

Atendiendo a la salud psicológica y el bienestar, los individuos que perdonan suelen ser además más confiados, agradables, altruistas y muestren niveles más elevados de bienestar subjetivo (Rey & Extremera, 2016). Por el contrario, las emociones de índole negativo consecuentes del deseo expreso de no perdonar, podrían ocasionar hostilidad e ira, sentimiento de venganza, y hacer que la persona se vuelva más propensa a sufrir un trastorno del estado de ánimo, como la depresión, con la consecuente disminución del bienestar subjetivo (Fayyaz & Besharat, 2011; Goldman & Wade, 2012; Stackhouse et al., 2016). De este modo, estas emociones y estos sentimientos negativos, del tipo del resentimiento, son en gran cantidad de ocasiones propiciadores del mantenimiento de la afectividad negativa (Green et al., 2012), y se han vinculado con mayor estrés postraumático (Orcutt et al., 2005), niveles mayores de ansiedad (Reed & Enright, 2006), una más elevada sintomatología depresiva y menor bienestar tanto subjetivo como psicológico (Liao & Wei, 2015) y, en caso extremo, con ideación e intentos de suicidio (Sansone et al., 2013). De esta forma, diferentes estudios han manifestado que las personas experimentan sentimientos de culpa, que han de afrontar desde

una perspectiva positiva para poder perdonar y aliviar, igualmente, el sentimiento de vergüenza, además de la angustia generada del acto de no perdonar (Carpenter et al., 2016; Stackhouse, 2016). Por ello, se presentaba el perdón para superar las cogniciones que son alimento para el resentimiento (la injusticia, la falta de equidad entre iguales, el reconocimiento de su culpa por parte del transgresor), en forma de reto personal o como un desafío (Raj & Wiltermuth, 2016). Según Stewart y cols. (2016), alcanzar el aprendizaje del perdón para con quienes nos han herido puede mejorar a la vez la salud física, como se exponía anteriormente, y también el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. El estrés puede ser considerado como el proceso que se activa cuando una persona percibe un acontecimiento o situación como fuente de amenaza, por ello, supone un peligro para nuestro bienestar psicológico. La evidencia indica que el estrés está involucrado en el desarrollo y posterior mantenimiento o la exacerbación de enfermedades psicológicas y físicas; el perdón por su parte podría ser una ayuda importante a la hora de hacer disminuir los efectos producidos por el estrés, aumentando el bienestar psicológico y también el subjetivo. Así, Toussaint y cols. (2016) observaron en su estudio que aquellas personas que mostraban niveles más elevados de estrés acumulado en toda su vida reflejaban resultados más negativos de salud mental y en su bienestar psicológico, algo que no sucedía con quienes demostraban una alta tendencia al perdón, ya que no se observaba en ellos una salud mental deteriorada ni un reducido bienestar psicológico a pesar de vivir con nivel de estrés también elevado. Finalmente, las relaciones descritas se han

encontrado también en personas mayores. Así, en un estudio realizado por Ermer y Proulx (2016), en el que contaron con una muestra de personas con edades superiores a los 67 años, revelaron que las mujeres mayores con la capacidad de perdonar a otras personas muestran menor probabilidad para manifestar sintomatología depresiva y para disminuir su bienestar subjetivo y psicológico, ya se sintieran perdonadas por otros individuos o no. Los hombres mayores mostraban también estos efectos, pero solo cuando se sentían perdonados por las otras personas.

III. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS



Justificación y objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es conocer y probar la eficacia de las intervenciones basadas en Psicología Positiva para disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico y/o subjetivo de las personas mayores.

En primer lugar, este objetivo está motivado por los resultados hallados en la búsqueda bibliográfica llevada a cabo para la realización de este trabajo. En general, existen pocos estudios que revisen o evalúen la eficacia de las intervenciones en la Psicología Positiva, en comparación con otros grupos de control, para mejorar la sintomatología depresiva y el bienestar en personas de 60 años o más. Por una parte, se han publicado estudios que muestran la eficacia de diferentes intervenciones centradas en el entrenamiento en fortalezas personales, u otras intervenciones basadas en la Psicología Positiva, sobre la reducción de la sintomatología depresiva y/o el aumento del bienestar psicológico o subjetivo, aunque estos estudios no suelen considerar poblaciones de 60 años o más

(Chamorro, 2017; Ho et al., 2014; Preschl et al., 2012; Rey et al., 2013; Schueller & Parks, 2014). Por otra parte, se han realizado revisiones sistemáticas y meta-analíticas que han incluido estos y otros estudios, demostrado la eficacia de las intervenciones en la Psicología Positiva para la mejora de la depresión y el bienestar psicológico y/o subjetivo, al ser comparada con otros grupos de control activo, tanto en población adulta (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021; McTiernan et al., 2022; Schutte & Malouff, 2019), como en población mayor sana (Iwano et al., 2022; Sutipan et al., 2017), pero, de nuevo, son pocos los estudios incluidos en estos estudios de revisiones que valoren a personas de 60 o más años. Por ello, se plantea realizar una revisión sistemática actualizada sobre esta temática, que recoja y sintetice la evidencia aportada durante la última década sobre las intervenciones en la Psicología Positiva para esta población, y además complete las carencias existentes en otros trabajos previos. Todo ello, con el fin de destacar la importancia que poseen las intervenciones en la Psicología Positiva como terapias complementarias que ayudan a mejorar el bienestar y la salud mental en las personas mayores de 60 años.

En segundo lugar, a pesar de que hay trabajos que analizan las intervenciones basadas en fortalezas personales para el tratamiento de la sintomatología depresiva a través de información recopilada en revisiones sistemáticas con adultos, y de que la revisión sistemática sea el objeto del primer estudio de esta Tesis Doctoral, es necesario cuantificar la eficacia de dichas

intervenciones, así como comparar las intervenciones basadas en las fortalezas del carácter con distintas condiciones de control incluidas en los estudios señalados. En esta línea, se ha encontrado que los meta-análisis más recientes sobre los efectos de intervenciones basadas en la Psicología Positiva sobre la sintomatología depresiva han aumentado su calidad (Bolier et al., 2013), empleando algunos de ellos condición de control activo (Chakhssi et al., 2018), y siendo otros aleatorizados (Carr et al., 2021; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021). No obstante, en estos estudios meta-analíticos se han descartado los estudios con grupos de control, no aleatorizados, así como los estudios con grupos de control no activo (Schutte & Malouff, 2019). Esto ha supuesto la exclusión de trabajos que cuentan con una metodología de estudio adecuada, al incluir grupo/s de control. Debido a todo lo anterior, otro de los objetivos planteado en este trabajo de Tesis Doctoral es cuantificar la información recogida en todos los trabajos existentes sobre esta temática, así como conocer cuáles son las principales fortalezas personales que pueden utilizarse con mayor eficacia para tratar la sintomatología depresiva.

En tercer y último lugar, se ha observado que las intervenciones basadas en el entrenamiento desde el enfoque de la Psicología Positiva son eficaces para disminuir los síntomas depresivos en personas mayores, en comparación con otro grupo de control o con un grupo placebo (Avia et al., 2012; Chamorro-Garrido et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Oken et al., 2017; Pérez-Blasco et al., 2016; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022), y se encuentran resultados similares en relación con el

bienestar subjetivo y psicológico, aumentando las intervenciones en gratitud y perdón el bienestar en mayor medida que otro tipo de intervenciones (Avia et al., 2012; Cantarella et al., 2017; Chamorro-Garrido et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017; Ramírez et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2018; Sturm et al., 2022; von Humboldt & Leal, 2013). Pese a esto, son escasos los trabajos que se han centrado en intervenciones desde el enfoque de la Psicología Positiva en mujeres mayores con sintomatología depresiva, y que comparen la eficacia de una intervención basada en la Psicología Positiva con una intervención farmacológica en mujeres mayores con sintomatología depresiva del sistema sanitario de salud mental. Por ello, se pretende realizar un estudio empírico que, mediante el entrenamiento de las fortalezas personales de gratitud y perdón, consiga disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo de una población de mujeres con las características descritas, comparando los resultados obtenidos con los de un grupo de control que solo recibirá tratamiento farmacológico.

Objetivos específicos e hipótesis

Para alcanzar el objetivo principal, el presente trabajo se ha dividido en tres objetivos específicos. Cada uno de ellos se pondrá a prueba en uno de los tres estudios que conforman esta Tesis Doctoral compuesta por un compendio de artículos científicos que están publicados o bajo un proceso de revisión en revistas

científicas. Los objetivos específicos y sus correspondientes hipótesis son los siguientes:

Objetivo 1

Recoger y sintetizar la evidencia existente en la actualidad sobre la efectividad de las intervenciones desarrolladas desde el enfoque de la Psicología Positiva para conseguir el decremento de la sintomatología depresiva y mantener y/o aumentar el bienestar psicológico y subjetivo en población mayor de 60 años, mediante una revisión sistemática de la literatura de la última década.

Durante los últimos años, se han publicado revisiones sistemáticas y meta-análisis que han mostrado la eficacia de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva centradas en el entrenamiento de fortalezas personales como la gratitud, el perdón, el saboreo, el optimismo, la inteligencia social, etc., para la mejora de la depresión y el bienestar psicológico y/o subjetivo en población adulta, en comparación con otros grupos de control activo (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021; McTiernan et al., 2022; Schutte & Malouff, 2019). Sin embargo, únicamente dos estudios se han centrado en población mayor (Iwano et al., 2022; Sutipan et al., 2017), solo uno de ellos investiga los efectos sobre el bienestar psicológico y ninguno analiza los efectos sobre la sintomatología depresiva. Por tanto:

- Se espera que la revisión sobre intervenciones basadas en la Psicología Positiva, realizadas con personas de 60 o más años,

proporcione datos más específicos sobre la eficacia diferencial de distintos tipos de intervenciones desde el enfoque de la Psicología Positiva para mejorar la sintomatología depresiva y el bienestar subjetivo y psicológico, en comparación con otros grupos de control.

Objetivo 2

Cuantificar la eficacia de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva sobre la sintomatología depresiva de diferentes poblaciones adultas, en comparación con un grupo de control activo o pasivo, así como examinar el efecto diferencial de distintas fortalezas personales sobre este tipo de sintomatología.

Los meta-análisis más recientes sobre estudios basados en la Psicología Positiva para el tratamiento de la sintomatología depresiva han aglutinado trabajos con la condición de control activo (Bolier et al., 2013; Chakhssi et al., 2018) y ensayos clínicos aleatorizados (Carr et al., 2021; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021). Sin embargo, este tipo de estudios de alta calidad han obviado trabajos con otros grupos de control, y no han analizado el efecto independiente del entrenamiento de distintas fortalezas personales sobre la sintomatología depresiva.

Por tanto:

- Se espera que las intervenciones basadas en Psicología Positiva reduzcan más la sintomatología depresiva en población adulta, en comparación con otros grupos de control activos o pasivos.

- Se espera encontrar efectos diferenciales del entrenamiento con distintas fortalezas personales para reducir la sintomatología depresiva, siendo unas más eficaces que otras.

Objetivo 3

Comprobar la eficacia de una intervención basada en el enfoque de la Psicología Positiva, centrada en las fortalezas de gratitud y perdón (junto con su correspondiente tratamiento farmacológico), para disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar de una población de mujeres mayores de 50 años, en comparación con un grupo de control que solo recibe tratamiento farmacológico.

Los tratamientos farmacológicos son los más extensamente empleados, tanto para la disminución de la depresión como para el incremento del bienestar en esta población (Mitchell et al., 2013). No obstante, la psicofarmacología cuenta con efectos secundarios e interacciones no deseadas con otros fármacos (Gitlin, 2009; Herrera, 2015). En contrapartida, los tratamientos psicológicos no presentan tales efectos, mejoran en mayor medida la sintomatología cognitiva, poseen un menor coste, y tienen una mayor aceptación por parte de los pacientes, logrando, de este modo, una mejor adherencia al tratamiento (Cuijpers et al., 2023; Pérez-Álvarez et al., 2001).

Entrenar de manera conjunta diferentes fortalezas (como la gratitud y el perdón), aumenta fundamentalmente el bienestar subjetivo (Avia et al., 2012; Durgante et al., 2022; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014). De manera individual, el entrenamiento en gratitud muestra mejores resultados que otras intervenciones para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico (Chamorro-Garrido et al., 2021; Killen & Macaskil, 2014; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2018). Sin embargo, ninguno de los trabajos recogidos en la literatura científica ha abordado el tratamiento, mediante gratitud y perdón, de la sintomatología depresiva y el bienestar, en mujeres mayores de 50 años que reciben un tratamiento farmacológico para la sintomatología depresiva en una unidad de salud mental. Por tanto:

- Se hipotetiza que la aplicación combinada de un programa de entrenamiento en gratitud y perdón, más su correspondiente tratamiento farmacológico, logrará mejores resultados sobre la sintomatología depresiva y el bienestar de estas mujeres que la aplicación de un tratamiento farmacológico por sí solo.

IV. RESUMEN, RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS PRESENTADOS



Estudio 1 *"Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022)"*.

El objetivo de este trabajo fue recoger y sintetizar la evidencia existente en la última década en relación con este tipo de intervenciones para mejorar la sintomatología depresiva y el bienestar en mayores.

Para obtener dicho objetivo, se realizó una revisión sistemática, que recogió las publicaciones realizadas entre enero de 2012 y julio de 2022 procedentes de las bases de datos SCOPUS, WOS/Medline y PROQUEST/PsycInfo. Se seleccionaron un total de 944 estudios empíricos, de los que 18 cumplieron los criterios de inclusión; a saber: ser estudios empíricos y revisados por pares, incluir participantes con edades comprendidas entre los 60 años o más, incluir instrumentos de medida con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar el bienestar y/o la sintomatología depresiva y que dichas medidas se tomaran antes y después del tratamiento, y constituir intervenciones basadas en el fomento de

fortalezas personales u otras intervenciones fundamentadas en la Psicología Positiva, comparándose los efectos logrados con los obtenidos por un grupo de control.

Los resultados obtenidos en función de la edad y el sexo muestran que, del total de participantes de todos los estudios recogidos en la revisión sistemática, el 77.60% eran mujeres, y el rango de edad más representado el que comprende entre los 60 y 90 años. Así mismo, los resultados revelan que las intervenciones basadas en la Psicología Positiva eran más eficaces que otros grupos de control para reducir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar subjetivo y psicológico de estas personas. Finalmente, los resultados mostraron que los programas constituían una combinación de dos o más de las fortalezas de gratitud, perdón, sentido del humor, memoria autobiográfica, empatía, mindfulness, optimismo, regulación emocional y/o sentido de la vida. En aquellos en los que se analiza el efecto de las fortalezas por separado se ha encontrado que la gratitud es una de las fortalezas más entrenadas en estas edades, siendo especialmente eficaz para mejorar el bienestar, y que el sentido del humor, el saboreo y el optimismo inciden tanto sobre la sintomatología depresiva como sobre el bienestar subjetivo.

Estudio 2 *"Personal Strengths-Based Interventions to Reduce Depression: A Meta-Analysis of Intervention Versus Control Group Studies"*.

El meta-análisis desarrollado tuvo como objetivo cuantificar la eficacia de las intervenciones basadas en fortalezas personales para tratar la sintomatología depresiva en comparación con otros grupos de control, así como analizar el efecto diferencial del entrenamiento con distintas fortalezas personales sobre esta sintomatología.

Para alcanzar tal objetivo, se implementó una estrategia de búsqueda integral que identificó estudios relevantes en PsycINFO, Pubmed, Proquest, PsycArticle, y Google Scholar. Se obtuvo una muestra final compuesta por 27 muestras independientes, incluyendo un total de 3160 participantes. Todos los estudios cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser estudios de Psicología Positiva que seguían un modelo empíricamente validado, medir la depresión antes y después del entrenamiento, incluir al menos un grupo de control, proporcionar datos individuales, y constar de medidas de la depresión con buenas propiedades psicométricas.

Los resultados obtenidos en cuanto a las intervenciones del enfoque de la Psicología Positiva y la sintomatología depresiva tras la realización del meta-análisis mostraron ser estadísticamente significativos en heterogeneidad ($Q(29) = 61.55, p < 0.001$), es decir, se incluyeron trabajos diferentes en cuanto al tipo de entrenamiento en fortalezas personales empleado y en cuanto a la población

incluida. También se observó ausencia de sesgo de publicación ($\tau = -0.44$, $Z = -5.56$, $p < 0.001$), ya que formaron parte del estudio todos los trabajos existentes en el período seleccionado, tuviesen o no resultados positivos. Por su parte, los resultados referentes a las intervenciones basadas en la Psicología Positiva y la sintomatología depresiva, al comparar los grupos experimentales con los de control, mostraron ser también estadísticamente significativos en heterogeneidad ($Q(29) = 57182.51$, $p < 0.001$), comprendiendo estudios con diferencias en el entrenamiento en fortalezas utilizado y en el estado sociodemográfico de los participantes, y mostrando igualmente ausencia de sesgo de publicación ($\tau = -0.54$, $Z = 110.20$, $p < 0.001$) -con la inclusión de estudios con todo tipo de resultados-. Ambos hallazgos permiten poder concluir que las intervenciones basadas en fortalezas personales son más eficaces para tratar la sintomatología depresiva que otros grupos de control. Finalmente, los resultados logrados para reducir la sintomatología depresiva al comparar los grupos experimentales con los grupos de control, separando por fortalezas personales, mostraron ser estadísticamente significativos en heterogeneidad para el mindfulness ($Q(9) = 32684.37$, $p < 0.001$); la gratitud ($Q(10) = 271.81$, $p < 0.001$); el optimismo ($Q(3) = 9736.19$, $p < 0.001$); el perdón ($Q(4) = 162.11$, $p < 0.001$); el humor ($Q(2) = 12.97$, $p = 0.002$); el saboreo ($Q(2) = 97.14$, $p < 0.001$); y la amabilidad ($Q(2) = 41.49$, $p < 0.001$), contando cada trabajo incluido con diferentes formas de entrenar estas fortalezas y con diversidad en las características de las personas participantes en los estudios. De todos ellos, mindfulness, optimismo, perdón y humor mostraron un

posible sesgo de publicación, ya que podrían haberse incluido solo aquellos estudios en los que se obtuvieron los resultados positivos hipotetizados, obviando los negativos; por su parte, no se produjo este sesgo en gratitud, saboreo y amabilidad. Todo ello, nos indica que existe un efecto diferencial del entrenamiento con distintas fortalezas personales sobre la sintomatología depresiva.

En resumen, los resultados del meta-análisis de efectos aleatorios confirmaron un efecto estadísticamente significativo de las intervenciones que entrenaron fortalezas personales para disminuir la sintomatología depresiva en los trabajos con grupos de control, tanto antes como después del tratamiento, reflejando la eficacia de dichas Intervenciones Positivas sobre la sintomatología tratada. La heterogeneidad hallada entre estudios fue moderada, hecho que se explicó por las diferencias en el tipo de intervenciones basadas en las fortalezas personales, así como por el estado sociodemográfico de los distintos participantes.

Estudio 3 *"Positive Psychology Intervention in a Hospital Clinical Sample of Elderly Women with Depressive Symptoms"*.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de un entrenamiento, basado en la combinación de las fortalezas de gratitud y perdón más el tratamiento farmacológico prescrito, para mejorar la sintomatología depresiva de mujeres procedentes de unidades de salud mental.

Las participantes fueron mujeres adultas mayores de 50 años con diagnóstico de depresión moderada o severa según el BDI-II y el CIE-10, que cumplieron además con los siguientes criterios de inclusión: estar recibiendo atención sanitaria en el sistema de salud por sintomatología depresiva y malestar psicológico, estar recibiendo tratamiento farmacológico para los síntomas depresivos, tener una edad comprendida entre 50 y 75 años, y firmar el consentimiento informado. No presentaban deterioro cognitivo, ni padecían enfermedades psicológicas diferentes a la ansiedad o la depresión. Las medidas de evaluación utilizadas fueron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWBS), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), la Escala de Gratitud de McCullough (CG-6), la Escala Heartland de Perdón (HFS) y datos clínicos proporcionados por las mujeres. La aplicación de las pruebas se llevó a cabo antes del comienzo de la intervención y tras concluir la misma, 6 semanas después.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del entrenamiento en gratitud y perdón mostraron diferencias significativas al comparar las medidas pretest y posttest en el grupo experimental ($p < 0.001$), confirmando la mejora de este grupo tanto para la gratitud como para el perdón. Igualmente, el entrenamiento en gratitud y perdón disminuyó la sintomatología depresiva y aumentó la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. Por su parte, los resultados sobre los efectos del programa de intervención sobre la sintomatología depresiva mostraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, disminuyendo más significativamente la sintomatología depresiva en el grupo experimental [$F(59) = 197.871, p < 0.001$]. El programa de intervención mostró igualmente diferencias significativas entre el grupo experimental y el control en la satisfacción con la vida [$F(59) = 57.790, p < 0.001$], aumentando más significativamente la satisfacción con la vida en el grupo experimental. Finalmente, los efectos del programa sobre el bienestar psicológico indicaron mayores niveles de bienestar psicológico tras el entrenamiento en el grupo experimental que en el grupo de control [$F(59) = 55.655, p < 0.001$].

Discusión general de los estudios presentados

El objetivo principal de este trabajo consistió en conocer y probar la eficacia de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva con el fin de disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico y/o subjetivo en personas mayores. Para ello, se plantearon diferentes objetivos específicos en los que se intentó considerar las limitaciones existentes en los trabajos que abordaron esta temática con anterioridad, así como las actuaciones que se pueden desarrollar en la actualidad en esta población y aún no se habían realizado.

El estudio llevado a cabo para contrastar el primero de los objetivos específicos ha sintetizado y actualizado en una revisión sistemática la evidencia científica publicada durante la última década sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva para la consecución del decremento de la sintomatología depresiva y el mantenimiento y/o aumento del bienestar subjetivo y psicológico en personas mayores de 60 años, confirmando los resultados encontrados con población adulta (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021; Iwano et al., 2022; McTiernan et al., 2022; Schutte & Malouff, 2019; Sutipan et al., 2017), y mostrando una eficacia superior que otras intervenciones (Avia et al., 2012; Chamorro-Garrido et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017;

Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022). Además, el entrenamiento conjunto en gratitud y perdón parece poseer una incidencia más positiva en la sintomatología depresiva y en el bienestar subjetivo y psicológico que otras intervenciones (Chamorro-Garrido et al., 2021; Killen & Macaskil, 2014; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2018).

El segundo objetivo se centraba en cuantificar la eficacia de las intervenciones basadas en Psicología Positiva, a través del entrenamiento en fortalezas personales, sobre la sintomatología depresiva de diferentes poblaciones adultas, en comparación con otros grupos de control. Los resultados del estudio han reflejado que las intervenciones basadas en Psicología Positiva reducen más la sintomatología depresiva que otros grupos de control activos o pasivos, completando los hallazgos de meta-análisis previos (Bolier et al., 2013; Chakhssi et al., 2018; Schutte & Malouff, 2019). Sin embargo, este estudio incluye también análisis meta-analíticos de trabajos con intervenciones basadas en mindfulness, observándose que poseen un efecto muy beneficioso en la disminución de la sintomatología depresiva (Goldberg et al., 2022; Miyahara et al., 2022; Pérez-Aranda et al., 2021; Soriano et al., 2020; Taylor et al., 2021). En la misma línea, se han podido replicar los resultados de otros meta-análisis previos, en los que se ha incluido la gratitud (Antoinea et al., 2018; Cheung et al., 2017) y el perdón (Benn et al., 2012; Liu et al., 2008). Así, el entrenamiento de ambas fortalezas conjuntamente sugiere un mayor beneficio de este tipo de entrenamiento para la disminución de la sintomatología depresiva. Por último, los resultados del estudio

de meta-análisis realizado en esta Tesis Doctoral hacen que este estudio represente el primer meta-análisis centrado de manera exclusiva en la eficacia de las intervenciones basadas en potenciar fortalezas personales diferenciadas, consiguiendo una estimación de los resultados obtenidos por distintos estudios empíricos sobre el tratamiento de las fortalezas personales de forma individualizada.

El tercero de los estudios se centró en comprobar la mayor eficacia de una intervención basada en el enfoque de la Psicología Positiva, centrada en las fortalezas de gratitud y perdón, simultáneamente con el tratamiento farmacológico previamente prescrito, para disminuir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar de una población de mujeres mayores de 50 años procedentes de unidades de salud mental, en comparación con un grupo de control que solo recibió tratamiento farmacológico. Los resultados han mostrado que la aplicación del programa de entrenamiento en gratitud y perdón más tratamiento farmacológico produce mejores resultados sobre la sintomatología depresiva y el bienestar que recibir únicamente un tratamiento farmacológico. A diferencia de otros estudios (Avia et al., 2012; Cantarella et al., 2017; Chamorro et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022; von Humboldt & Leal, 2013), en este se ha tomado medidas tanto del bienestar subjetivo como del bienestar psicológico, proporcionando la intervención buenos resultados en relación con ambos tipos de bienestar. Además, los resultados

demuestran una mejora de la gratitud y el perdón en el grupo experimental, tal y como sucede en otros estudios (Avia et al., 2012; Chamorro-Garrido et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022). Con ello, podría afirmarse que la mejoría en la sintomatología depresiva y en aumento del bienestar se deben al entrenamiento y mejora de estas fortalezas y no a otros factores. Este trabajo es además uno de los primeros en obtener resultados similares a los logrados en otros estudios que entrenan estas fortalezas en mayores (Chamorro-Garrido et al., 2021; Killen & Macaskil, 2014; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2018) con una muestra clínica de mujeres.

En definitiva, puede afirmarse que las intervenciones basadas en la Psicología Positiva son eficaces para disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar subjetivo y psicológico de las personas mayores. Atendiendo a la relevancia y a la validez de lo conseguido, los hallazgos poseen distintas implicaciones tanto a nivel teórico como a nivel práctico.

En primer lugar, al conseguir el objetivo planteado por el primer estudio incluido en esta Tesis Doctoral, los diferentes investigadores españoles e internacionales pueden considerar la evidencia recogida y sintetizada en la revisión sistemática llevada a cabo con los estudios realizados durante la última década sobre las intervenciones basadas en la Psicología Positiva en personas mayores de 60 años. Este logro podrá llevar a los investigadores a obtener una perspectiva más

global y exacta sobre el estado actual de la efectividad de dichas intervenciones, tanto sobre la sintomatología depresiva, como sobre ambos tipos de bienestar, psicológico y subjetivo. Por otra parte, a nivel clínico, los profesionales pueden considerar realizar un entrenamiento basado en fortalezas, dependiendo de las características de los estudios recogidos en esta revisión sistemática, como un elemento esencial para la promoción de la salud y el bienestar de las personas. Esto podría llevar a incluir elementos de las diferentes intervenciones Positivas consideradas en las terapias que lleven a cabo con personas mayores. Como resultado de la aplicación clínica propuesta, las personas mayores con sintomatología depresiva podrían beneficiarse de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva, especialmente de aquellas que entrenan fortalezas como la gratitud y el perdón, ya que con ellas se ha observado mayor eficacia que con otras con las que fueron comparadas en la revisión realizada. Esto llevaría, no solo a la reducción de la sintomatología, sino a un aumento tanto del bienestar subjetivo como del psicológico en el paciente; pudiéndose lograr, a su vez, la mejora de dicho bienestar también en su familia.

En segundo lugar, después de lograrse el objetivo planteado por el meta-análisis llevado a cabo, los investigadores pueden tener presente la eficacia de las intervenciones basadas en fortalezas personales en el tratamiento de la sintomatología depresiva, frente a grupos control, de manera cuantificada. Igualmente, podrán observar y considerar el efecto diferencial que han mostrado determinadas fortalezas sobre esta sintomatología. Los resultados arrojan luz en

este tema, para que otros investigadores realicen estudios que busquen superar la heterogeneidad hallada en los llevados a cabo hasta la actualidad, con el fin de conseguir entrenamientos en fortalezas personales más similares, y obtener, así, resultados más eficaces. Por su parte, en el ámbito clínico, este estudio de meta-análisis ofrece una importante evidencia para poder trabajar entrenando fortalezas personales en pacientes de diferentes poblaciones, con la finalidad de disminuir su sintomatología depresiva. Así mismo, nuevamente, este logro clínico podría ayudar a aumentar el bienestar de las familias de los pacientes que sufren la sintomatología depresiva.

En tercer lugar, los resultados conseguidos en el tercer estudio ayudarán a los científicos a realizar nuevos avances en la investigación sobre la eficacia de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva para mejorar la sintomatología depresiva en personas mayores que reciben tratamiento farmacológico para dicha sintomatología. Los hallazgos conseguidos podrían ayudar a crear nuevos ámbitos de estudio, partiendo de los ya existentes, con la finalidad de poder generalizar los resultados obtenidos en otras poblaciones, mediante el entrenamiento de la gratitud y el perdón de manera separada, incluyendo otros grupos de control o estudiando el efecto diferencial de los distintos psicofármacos, entre otras posibles líneas de actuación. En el ámbito clínico destaca la relevancia de aprender a potenciar las fortalezas personales, tanto para prevenir como para reducir los estados emocionales negativos. Por ello, se considera oportuna la incorporación de elementos de la Psicología Positiva en las terapias de nueva generación, con el fin

de emplear y entrenar las distintas fortalezas personales para disminuir la sintomatología depresiva. Así mismo, los familiares de los pacientes que reciben este tipo de intervención podrían también mejorar su bienestar subjetivo y psicológico. Finalmente, es importante resaltar el impacto de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva a nivel social ya que, tomando la evidencia recogida en los tres estudios realizados, podrían crearse terapias de corte psicológico que llegaran, incluso, a reducir la necesidad de una intervención farmacológica en las personas mayores que padecen sintomatología depresiva. Esto reduciría, a su vez, los gastos económicos llevados a cabo por esta población en psicofármacos, y podría lograr el decremento de la dependencia de servicios sanitarios y sociales.

En definitiva, los resultados presentados en la presente Tesis Doctoral resultan prometedores y proporcionan evidencia actualizada que defiende que las intervenciones basadas en Psicología Positiva son eficaces dentro del ámbito de la psicogerontología, disminuyendo la sintomatología depresiva y aumentando el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo en las personas mayores.

**V. CONCLUSIONES,
LIMITACIONES Y
SUGERENCIAS FUTURAS**



De manera general, puede concluirse que las intervenciones basadas en Psicología Positiva son eficaces para disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico y/o subjetivo en personas mayores.

De manera específica, de la presente Tesis Doctoral se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Las intervenciones basadas en Psicología Positiva reducen la sintomatología depresiva y aumentan el bienestar en personas mayores de 60 años.
2. Las intervenciones basadas en Psicología Positiva reducen más la sintomatología depresiva en población adulta que otras intervenciones, un placebo o no intervenir.
3. Existen efectos diferenciales del entrenamiento con distintas fortalezas personales para reducir la sintomatología depresiva, siendo la gratitud y el perdón más eficaces que otras fortalezas.

4. La aplicación combinada de un programa de entrenamiento en gratitud y perdón y un tratamiento farmacológico, en mujeres mayores de 50 años provenientes de unidades de salud mental, produce mejores resultados sobre la sintomatología depresiva y el bienestar que el tratamiento farmacológico por sí solo.

A pesar de todo lo señalado, el trabajo muestra algunas limitaciones que son expuestas, seguidas de algunas sugerencias de mejora al respecto.

La revisión sistemática realizada ha contado con un pequeño número de estudios de alta calidad (basados en diseños de ensayos clínicos aleatorizados), por lo que los resultados han de tomarse con cautela. En futuras investigaciones que pudieran llevarse a cabo en este ámbito, sería importante recoger una mayor cantidad de estudios empíricos de calidad que demuestren que las intervenciones basadas en Psicología Positiva con personas mayores de 60 años son útiles para reducir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar. Así mismo, hay que tener en cuenta que han sido pocos los estudios recogidos en esta revisión sistemática que incluyeran un seguimiento de los efectos de la intervención, lo que hace que este aspecto deba considerarse igualmente en estudios futuros. Para finalizar, y relacionado con la búsqueda de trabajos de esta temática, no existe aún un método totalmente fiable para buscar palabras clave, por lo que términos como "*gerontology*" podrían emplearse como términos de búsqueda que hasta el momento no se contemplan.

Por su parte, el trabajo meta-analítico llevado a cabo tiene varias limitaciones relacionadas con la interpretación de sus resultados. Así, en la mayoría de las distintas categorías de resultados, los análisis se basaron solo en unos pocos tamaños del efecto y, por ello, no contaron con suficiente potencia para detectar efectos que fueran significativos. En este sentido, la investigación futura podría explorar los mediadores del tamaño del efecto obtenidos en el meta-análisis, como el género, la edad de la población u otras intervenciones o tratamientos farmacológicos llevados a cabo en paralelo. En una línea similar, la gran heterogeneidad de los estudios incluidos en el meta-análisis no permitió determinar las condiciones óptimas (como el periodo de intervención más efectivo o el número de sesiones) bajo las que los estudios podrían obtener una mayor efectividad. Por tanto, se precisarían más estudios realizados con circunstancias similares para evaluar la eficacia de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva en la población, con el fin de obtener mayores beneficios, pudiéndose concretar, de este modo, aspectos como el número de sesiones o el periodo de intervención más efectivo. Por último, los resultados sugieren que sería beneficioso realizar más investigaciones en esta área, con el fin de replicar los resultados con participantes de distintas culturas, participantes que se enfrentan a pérdidas o enfermedad, etc., para poder generalizar el impacto de las intervenciones basadas en fortalezas personales.

En cuanto al programa de intervención que buscaba reducir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar mediante el entrenamiento en

gratitud y perdón, una de las principales limitaciones del trabajo expuesto es la relativa al número de personas participantes incluidas en cada grupo; al tratarse de un número reducido, los resultados han de considerarse preliminares, y las conclusiones que de ellos se derivan deben tomarse con determinada cautela. Deberían llevarse a cabo otros trabajos que ofrezcan mayor potencia estadística para poder asegurar un número más adecuado de participantes en cada grupo; dichos grupos deberían igualarse en la procedencia regional de los participantes, tal y como se ha hecho con la muestra utilizada hasta ahora. Además, la población con la que se ha trabajado en este último estudio ha sido mayor de 50 años, pero solamente ha estado compuesta por mujeres; sería importante replicar la intervención llevada a cabo con población mayor femenina también con población masculina. Igualmente, habría que considerar el rango de edad, comparando los efectos en distintas franjas de edad (50-75, 76-85 y 85 en adelante). En la misma línea, para conseguir mantener los beneficios logrados, e intentar incrementarlos, habría que realizar futuros trabajos en los que se incluya un seguimiento, tanto de los resultados logrados, como de refuerzo de las habilidades adquiridas durante las sesiones de entrenamiento, intentando instaurar determinadas pautas que tengan mayor permanencia en el tiempo como factor protector que fomente el bienestar, algo que actualmente no se ha realizado. Otra posible línea de investigación sería ahondar en cuáles son los factores moderadores y/o mediadores para que las intervenciones sean efectivas. En este sentido, sería importante comparar los efectos del entrenamiento en gratitud y perdón con el tratamiento farmacológico y

con otros tratamientos psicológicos basados en la evidencia, tanto en mujeres y hombres de este rango de edad como mayores. De este modo, estudiar la influencia de los tratamientos farmacológicos sobre los pacientes con sintomatología depresiva podría ayudar a comprobar si el tratamiento psicológico llevado a cabo no tiene efectos secundarios -como sí sucede con la medicación antidepresiva-, si posee un menor coste económico, y si su aceptación entre los pacientes es mayor, facilitándose la adherencia. Comparar el efecto de la terapia implementada con otras como la de activación conductual, el tratamiento cognitivo-conductual, la terapia interpersonal o la terapia de aceptación y compromiso, podría ayudar a identificar dichos factores moderadores y/o mediadores en futuras investigaciones. Finalmente, en futuros trabajos, debería considerarse a los programas de intervención basados en la Psicología Positiva como programas de prevención de la depresión que se centran en el paciente, ya que estos poseen la capacidad de mejorar las actuales alternativas de autocuidado disponibles para los pacientes con sintomatología depresiva, pudiéndose facilitar el desarrollo de mecanismos de afrontamiento saludables que cierren el abismo existente en la actualidad entre el entorno clínico y el ámbito doméstico.

VI. REFERENCIAS



AEMPS (2012). *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*.

<https://www.aemps.gob.es/informa/boletinMensual/2012/noviembre/informe-medicamentos.htm>

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1993). *Clinical practice guideline number 5. Depression in primary care: Vol. 2. Treatment of major depression* (AHCPR (Ed.)).

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1999). *Treatment of Depression - Newer Pharmacotherapies. Summary, Evidence Report/Technology Assessment (Report 7, March 1999)* (AHCPR (Ed.)).

<http://www.ahcpr.gov/clinic/deprsumm.htm>

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), 450–563.

<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.
- 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.
<https://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>

-
- Alonso, M., López, A., Losada, A., & González, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain. *Behavioral Psychology, 1*, 59–79.
- Andrew, L., & Dublin, P. L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging and Mental Health, 11*, 596–603.
- Andrews, M. (2000). Forgiveness in context. *Journal of Moral Education, 29*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1080/030572400102943>
- Antoinea, P., Dauvierb, B., Andreottia, E., & Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences, 122*, 140-147, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.024>
- Antón, V., García-Marín, P., & García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicopatología Clínica Con Niños y Adolescentes, 3*(1), 42–52.
- APA (1993). *Practice guideline for major depressive disorder in adults. American Journal of Psychiatry, 150* (Suppl.).
- APA (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (5th ed.).

ASS (2015). *Guía de utilización de antidepresivos* (G. de A. P. y E. de S. G. R. de S. C. de S. J. de C. y León. (Ed.)).

Araújo, L., Ayala, A., Calderón-Larrañaga, A., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., González-Herrera, A., Ribeiro, O., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., & Zorrilla-Muñoz, V. (2021). Sumando Vida a los Años. Propuesta para combatir la soledad y promover una buena salud mental en personas mayores. *Policy Brief, Proyecto QASP*, 1–4.

Avellaneda, A., Oróstegui, C., & Muñoz-Martínez, A. (2013). *Efectos de la activación conductual sobre el funcionamiento y estado de ánimo en población adulto mayor. Tesis para recibir el título de Maestría* (Fundación).

Avia, M. D., Martínez-Martí, M. L., Rey-Abad, M., Ruiz, M. Á., & Carrasco, I. (2012) Evaluación de un Programa de Revisión de Vida Positivo en dos Muestras de Personas Mayores. *Revista de Psicología Social*, 27(2), 141-156. <https://doi.org/10.1174/021347412800337852>

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.

-
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>
- Bartholomaeus, J. D., Van Agteren, J.E.M., Iasiello, M. P., Jarden, A., & Kelly, D. (2019). Positive Aging: The Impact of a Community Wellbeing and Resilience Program. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 377-386. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1561582>
- Baxter, H. J., Johnson, M. H., & Bean, D. (2012). Efficacy of a Character Strengths and Gratitude Intervention for People with Chronic Back Pain. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 18(2), 135–147. <https://doi.org/10.1017/jrc.2012.14>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1996). *Terapia Cognitiva de la depresión* (B. de Psicología (Ed.); Brouwer, D). <moz-extension://c82e3ad4-877c-409b-b9ef-e62926c1c1fb/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fwww.edesclee.com%2Fimg%2Fcms%2Fpdfs%2F9788433006264.pdf>

- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 174, Issue APR., pp. 307–311). Royal College of Psychiatrists. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.307>
- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, *48*(5), 1476-1487, <https://doi.org/10.1037/a0027537>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., O'Connor, L. E., Parrott, L., & Wade, N. G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of Personality*, *73*(1), 183–226. <https://doi.org/10.1111/j.14676494.2004.00308.x>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Parrott, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgiveness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(10), 1277–1290. <https://doi.org/10.1177/01461672012710004>
- 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. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.541227>

-
- 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*, *1*, 1–20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0146167207310025>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica Chile*, *142*, 1297-1305.
- Bottonari, K., Roberts, J., Thomas, S., & Read, J. (2008). Stop thinking and start doing: switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*, 376–386.
- Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Fincham, F. D. (2011). Forgiveness and relationship satisfaction: mediating mechanisms. *Journal of Family Psychology*, *25*(4), 551. <https://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. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.58>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Cabezas-Pizarro, H., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación, 30*(2), 101–109.
- Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C., & De Beni, R. (2017). Benefits of Well-Being Training in Healthy Older Adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 9*(3), 261-284. <https://doi.org/10.1111/aphw.12091>
- Carmel, S. (2015). The will-to-live scale: development, validation, and significance for elderly people. *Aging and Mental Health, 1*, 1–8.
- Carmel, S. (2017). The will-to-live scale: development, validation, and significance for elderly people. *Aging & Mental Health, 21*(3), 289–296. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1081149>

-
- 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>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of Positive Psychology Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Carrascoso, F., & Valdivia, S. (2007). Towards alternative criteria for the validation of psychological treatments. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 347–363.
- Carruthers, C. P., & Hood, C. D. (2004). The power of the positive: Leisure and well-being. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(2), 225–245. <https://psycnet.apa.org/record/2004-19333-008>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.644>

- Casullo, M. M. (2005). La capacidad para perdonar desde una perspectiva psicológica. *Revista de Psicología*, *23*(1), 39–63.
- 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. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979>
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*, *48*(5), 593–602. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The Effect of Positive Psychology Interventions on Well-Being and Distress in Clinical Samples with Psychiatric or Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, *18*(211), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chamorro, A. (2017). *Memoria autobiográfica, gratitud, perdón y sentido del humor: una intervención en personas mayores*. (Doctoral dissertation, Universidad de Jaén).

-
- Chamorro-Garrido, A., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2021). Autobiographical Memory, Gratitude, Forgiveness and Sense of Humor: An Intervention in Older Adults. *Frontiers in Psychology, 12*:731319. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.731319>
- Chávez-León, E., Ontiveros Uribe, M. P., & Serrano Gómez, C. (2008). Los Antidepresivos Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina (ISRS, ISR-5HT). *Salud Mental, 31*(4), 307–319.
- Cheung, E. O., Cohn, M. A., Dunn, L. B., Melisko, M. E., Morgan, S., Penedo, F. J., Salsman, J. M., Shumay, D. M., & Moskowitz, J. T. (2017). A randomized pilot trial of a positive affect skill intervention (lessons in linking affect and coping) for women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology, 26*, 2101–2108. <https://doi.org/10.1002/pon.4312>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0037895>
- Cheng, S. T., & Yim, Y. K. (2008). Age differences in forgiveness: the role of future time perspective. *Psychology and Aging, 23*(3), 676–680. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.3.676>

- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cisneros, G. E., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 34–48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
- 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. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00185.x>
- Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51(6 Suppl 1), 7S-72S.
- Cruzblanca-Hernández, H., Lupercio-Coronel, P., Collas-Aguilar, J., & Castro-Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>

-
- Cuadra L. H., & Florenzano U. R. (2011). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2003.17380>
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un Programa de Psicología Positiva en Sintomatología Depresiva y Satisfacción Vital en Adultos Mayores. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 25(4), 644–652. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400003>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, otherpsychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22, 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Cuijpers, P., Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (2008). Characteristics of effective psychological treatments of depression: A metaregression analysis. *Psychotherapy Research*, 18(2), 225–236. <https://doi.org/10.1080/10503300701442027>

- Cukrowicz, K. C., Ekblad, A. G., Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2008). Coping and thought suppression as predictor of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Ageing and Mental Health, 12*, 149–157.
- 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.
- 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*.
- 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., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17*, 304–328.

-
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K.B. Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670.
- Durgante, H. B., Bedin-Tomasi, L. M., Pedroso de Lima, M. M., & Dalbosco Dell’Aglío, D. (2022). Long-Term Effects and Impact of a Positive Psychology Intervention for Brazilian Retirees. *Current Psychology*, 41, 1504-1515. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00683-7>
- 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. <https://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.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. S., Sotsky, S. M., Collins, J. F., & Al., J. et. (1989). Treatment of Depression Collaborative Research Program. General Effectiveness of treatments. *N.I.M.H.*, 46, 973–982.

- 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. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.957610>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003a). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(2), 377–389. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.2.377>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003b). Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389. <https://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. In T. B. K. & M. F. S. K.M. Sheldon (Ed.), *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (Oxford Uni, pp. 248–262).
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 846–855. <https://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. <https://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. In *In Dimensions of forgiveness: Psychological research & theological forgiveness* (Everett L.). <http://restorativejustice.org/rj-library/researching-the-process-model-of-forgiveness-within-psychological-interventions/1449/#sthash.hA20Gk97.dpbs>
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope* (American P). <https://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. <https://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.

- Fava, M., Kaji, J., & Davidson, K. (1996). Pharmacological strategies for treatment-resistant major depression. In M. W. O. y J. F. R. (dirs. . En M.H. Pollack (Ed.), *Challenges in clinical practice. Pharmacologic and psychosocial strategies* (Guilford, pp. 3–31).
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0019993>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (Pirámide).
- Fernández, M. I. (2017). *El papel de la religiosidad/espiritualidad en el perdón* (Tesis Doctoral, Universidad Pontificia Comillas).
- Ferrari-Marback, R., & Pelisoli, C. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy in the Management of Hopelessness and Suicidal Thoughts. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>
- 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.

-
- Figueiredo-Araújo, C., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e Diagnóstico em Terapia Cognitivo-Comportamental. *Interação Em Psicologia*, 6(1), 37–43.
<https://doi.org/10.5380/psi.v6i1.3191>
- Figuerola, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 46–62.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- Fincham, F. D., Hall, J., & Beach, S. R. (2006). Forgiveness in marriage: Current status and future directions. *Family Relations*, 55(4), 415–427.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2005.callf.x-i1>
- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., & Neufeld, C. B. (2021). Strengths Based Character Education for the Elderly: A Quasi-Experimental Study. *School and Developmental Psychology*, 37:372120.
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e372120>
- Friedman, E. 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>
- Friedman, E. S., & Thase, M. (1995). Trastornos del estado de ánimo. In G. B. y J. A. C. (dirs. En V. Caballo (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Siglo XXI, pp. 619–681).

- 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>
- Galera, J. C., Barbero-Rubio, A., Uclés, R., Navarro-Gómez, N., Ruiz, F. J., Eisenbeck, N., & Luciano, C. (2012). La supresión directa y derivada interfiere en el rendimiento en una tarea de alta demanda cognitiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 155–172.
- 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*. (R. R. & G. Lazcano (Ed.)). *Práctica de la Geriatria*, 3^a ed.
- García-Delgado, A., & Gastelurrutia, M. A. (2003). *Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión* (M. J. Faus Dáder (Ed.); GIAF). <http://hdl.handle.net/10481/33070>
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El Bienestar Psicológico: Dimensión Subjetiva de la Calidad de Vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 1-20.
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M., & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a Sintomatología Delirante: un Estudio de Caso. *Psicothema*, 16(1), 117–124.
- Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 163–173. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00055-8)
- Gitlin, M. J. (2009). Pharmacotherapy and other somatic treatments for depression. In I. H. G. & C. L. Hammen (Ed.), *Handbook of depression* (pp. 554–585). The Guilford Press.
- 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>

- 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.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The Empirical Status of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review of 44 Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Perspectives on Psychological Science*, *17*(1), 108–130. <https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
- 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. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.692954>
- González, L. A. M., Romero, Y. M. P., López, M. R., Ramirez, M., & Stefanelli, M. C. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *44*(1), 32–39. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100005>
- 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>

-
- 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. <https://doi.org/10.1080/00224545.2011.603767>
- Greenwalt, K. E., Orsega-Smith, E., Turner, J. L., Goodwin, S., & Rathie, E. J. (2019). The Impact of “The Art of Happiness” Class on Community Dwelling Older adults: A Positive Psychology Intervention. *Activities, Adaptation & Aging, 43*(2), 118-132. <https://doi.org/10.1080/01924788.2018.1493898>
- 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. *Psyche, 32*(2), 1–12. <https://doi.org/10.7764/psyche.23.2.623>
- 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>

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639–665.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. (The Guilfo).

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies*, *21*(1), 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>

Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & De Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, *14*(4), 489–501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>

-
- Heo, M., Murphy, C. F., Fontaine, K. R., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2008). Population projection of US adults with lifetime experience of depressive disorder by age and sex from year 2005 to 2050. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1266–1270. <https://doi.org/10.1002/gps.2061>
- Herrera, N. (2015). Efectividad de los antidepresivos atípicos e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina frente a los clásicos inhibidores de la recaptación de serotonina. *Revista Farmaciencia*, 3(1), 39–42.
- 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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.88857>
- Hollon, S. D., Shelton, R., & Davis, D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 270–275.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>

- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2021). Efficacy of Positive Psychotherapy in Reducing Negative and Enhancing Positive Psychological Outcomes: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *BMJ Open*, *11*(9), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>
- 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. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20194>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) (2022). *Padrón Municipal de Habitantes*.
- Iwano, S., Kambara, K., & Aoki, S. (2022). Psychological Interventions for Well-Being in Healthy Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Happiness Studies*, *23*, 2389–2403. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00497-3>
- 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. <https://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*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2051>
- 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>
- Joffe, R., Sokolov, S., & Streiner, D. (1996). Antidepressant treatment of depression. A metaanalysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 613–616.
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17, 555–563.

- 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>
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva* (Eudeba).
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders, 45*(1–2), 19–30. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00056-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00056-6)
- Keyes, C. L. M., 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

-
- Killen, A., & Macaskil, A. (2014). Using a Gratitude Intervention to Enhance Well-Being in Older Adults. *Journal of Happiness Studies*, 16, 947-964. <https://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.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression* (Basic Book).
- 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. <https://doi.org/10.1002/gps.3893>
- 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>

- Krause, N. (2007). Thought suppression and meaning in life: A longitudinal investigation. *International Journal of Aging and Human Development*, 65, 67–82.
- 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. <https://doi.org/10.1177/0164027511417884>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0146167211412196>
- Kuyken, W., Dalglish, T., & Holden, E. R. (2007). Advances in cognitive-behavioural therapy for unipolar depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 5–13. <https://doi.org/10.1177/070674370705200103>
- Kuyken, W., Watkins, E. R., & Beck, A. T. (2005). Cognitive-behavior therapy for mood disorders. In & J. H. G. O. Gabbard, J. S. Beck (Ed.), *Oxford textbook of psychotherapy* (Oxford Uni, pp. 111–126).
- 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. <https://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. <https://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. <https://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. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.4.w35q80w11kgpqn26>
- 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>
- 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. <https://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.
- León, F., Silva, D., & Villagrán, J. (2021). Role of Placebo versus Antidepressants and Contribution to the Doctor-Patient Relationship. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(4), 334–342. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272021000400334>
- Levkovitz, Y., Shahar, G., Nave, G., Hirschfeld, E., Treves, I., Krieger, I., & Fenning, S. (2000). Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder – pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 60(3), 191–195. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00181-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00181-0)
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 729–731. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.84.6.729>
- 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. <https://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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.902492>

-
- Liu, C. J., Hsiung, P. C., Chang, K. J., Liu, Y. F., Wang, K. C., Hsiao, F. H., Ng, S. M., & Chan, C. L. W. (2008). A study on the efficacy of body–mind–spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 2539-2549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02296.x>
- Llanes-Torres, H., López-Sepúlveda, Y., Vázquez-Aguilar, J., & Hernández-Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, *21*(1), 65-74.
- Luciano, C., & Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, *27*, 79–91.
- Luciano, M. C., & Cabello, F. (2001). Trastorno de Duelo y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, *27*(113), 399-424.
- 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. <https://doi.org/10.1002/gps.4369>
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

- 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. <https://doi.org/10.1037/a0022575>
- 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>
- 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.
- Mann, N. B. (2012). *Signature strengths: Gender differences in creativity, persistence, prudence, gratitude, and hope* (ProQuest).
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action.* (W. W. Nort).

-
- 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>
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*(4), 383–411. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x>
- McCullough, M. E., Bono, G., & Root, L. M. (2005). Religion and forgiveness. In *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>
- McCullough, M. E., Kurzban, R., & Tabak, B. A. (2013). Putting revenge and forgiveness in an evolutionary context. *Behavioral and Brain Sciences*, *36*(1), 41–58. <https://doi.org/10.1017/S0140525X1200>

- 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. <https://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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.887>
- McCullough, M. E., & Witvliet, C. V. (2002). The psychology of forgiveness. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 446–458). <https://psycnet.apa.org/record/2002-02382-032>
- McCullough, M. E., & Worthington Jr, E. L. (1999). Religion and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 67(6), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00085>
- McTiernan, K., Gullon-Scott, F., & Dudley, R. (2022). Do Positive Psychology Interventions Impact on the Subjective Wellbeing and Depression of Clients? A Systematic Methodological Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09522-7>

-
- Médica, R. (2017). *España es la décima “potencia” mundial en consumo de antidepresivos*.
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/espana-es-la-decima-potencia-mundial-en-consumo-de-antidepresivos-4230>
- Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: the key to healing. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 829–835.
<https://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.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E., & Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 404–409.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.404>
- Miguel-Tobal, J., Casado, M., Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo--STAXI. / The study of anger in cardiovascular disorders by means of the State-Trait Anger Expression Inventory--STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 5–20.

- 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), 5-17. <https://doi.org/10.1037/scp0000050>
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto* (S. S. e I. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia). Galicia.
- Mitchell, J., Trangle, M., Degnan, B., Gabert, T., Haight, B., Kessler, D., Mack, N., Mallen, E., Novak, H., Rossmiller, D., Setterlund, L., Somers, K., Valentino, N., & Vincent, S. (2013). *Adult Depression in Primary Care* (I. for C. S. Improvement (Ed.)).
- Miyahara, M., Wilson, R., Pocock, T., Kano, T., & Fukuhara, H. (2022). How does brief guided mindfulness meditation enhance empathic concern in novice meditators?: A pilot test of the suggestion hypothesis vs. the mindfulness hypothesis. *Current Psychology*, 41, 3958–3969. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-020-00881-3>
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al.(2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 382-389. <https://doi.org/10.1002/jclp.21839>.

-
- Mora-Peigrín, M., Montes-Berges, B., Aranda-López, M., & Vázquez, M. A. (2017). La Psicología de hoy: retos, logros y perspectivas de futuro. Psicología de la Adolescencia. In *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología* (pp. 215–224). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1123>
- 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.
- Morales-Fuhrmann, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública, 43*(2), 136–138.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- 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. <https://doi.org/10.1023/A:1026251630478>
- NICE. (2022). Depression in adults: treatment and management. *NICE Guideline, No. 222*.

Naimi, L. (2019). Effect of Spiritual-Religious Interventions on Increasing the Sense of Calmness and Forgiveness in Women Who Have Experienced Marital. *Health, Spiritually and Medical Ethics*, 6(4), 16–22.

Nemeroff, C. B., & Schatzberg, A. F. (1998). Pharmacological treatment of unipolar depression. In E. P. E. N. y J. M. G. (dirs.) (Ed.), *A guide to treatments that work* (Oxford Uni, pp. 212–225).

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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1198923>

NICE (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline* (23rd ed.).

Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27(23), 2763–2774. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl338>

-
- Oken, B. S., Wahbeh, H., Goodrich, E., Klee, D., Memmott, T., Miller, M., & Fu, R. (2017). Meditation in Stressed Older Adults: Improvements in Self-Rated Mental Health Not Paralleled by Improvements in Cognitive Function or Physiological Measures. *Mindfulness*, 8, 627-638.
<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0640-7>
- OMS (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- 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.
- Ortiz-Arriagada, J. B., & Castro-Salas, M. (2009). The psychological well-being of the elderly and their relation with self-esteem and self-efficiency: Nursing contribution. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25–31.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- 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.
<https://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. <https://doi.org/10.2202/1940-1639.1042>
- Peng, X. D., Huang, C. Q., Chen, L. J., & Lu, Z. C. (2009). Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *Journal of International Medical Research, 37*(4), 975–982. <https://doi.org/10.1177/147323000903700401>
- Pérez-Álvarez, M., Manuel, J., & Montes, G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13*(3), 493-510.
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., López-del-Hoyo, Y., & Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 21*(2), 100229. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
- Pérez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The Effects of Mindfulness and Self-Compassion on Improving the Capacity to Adapt to Stress Situations in Elderly People Living in the Community. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 90-103. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>

-
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica.*, 28(2), 89–115.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. American Psychological Association.
- 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. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1095794>
- Polak, E. L., & McCullough, M. E. (2006). Is gratitude an alternative to materialism? *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 343–360. <https://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. <https://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., 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>
- 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>
- Ramsey, M., & Gentzler, A. (2014). Age differences in subjective well-being across adulthood: The roles of savoring and future time perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, *78*(1), 3–22. <https://doi.org/10.2190/AG.78.1.b>

-
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.920>
- Rey, L., & Extremera, N. (2016). Agradabilidad y perdón interpersonal en adultos jóvenes: el papel moderador del género. *Terapia Psicológica, 34*(2), 103–110. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200003>
- Rey, L., Valverde, M., & Extremera, N. (2013). *Tendencia hacia el perdón y calidad de vida en personas mayores: el papel mediador de las estrategias de regulación cognitiva-emocional IV Jornadas “Emociones y Bienestar” Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés Madrid, 3-4 de Octubre*. Bono & McCullough.
- Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Subclinical depression in Spain: prevalence and health impact. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 4*(3), 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.05.005>
- 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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1>

- Rodríguez-Uribe, A. F., Valderrama-Orbegozo, L. J., & Molina-Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología Desde El Caribe*, 25, 246–458. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10804-007-9036-1>
- Romero, R., Poves, S., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 155–156. <https://doi.org/10.33776/amc.v1i1b.1240>
- Ruiz, L., Cangas, A., & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445–458.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- 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>

-
- 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. <https://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. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Ryff, C., & Singer, B. (2002). From social structure to biology. In C. S. y A. López (Ed.), *Handbook of positive psychology* (Oxford Uni, pp. 63–73).
- 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(3), 249–256.
- Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2018). Strengths in Older Adults: Differential Effect of Savoring, Gratitude and Optimism on Well-Being. *Aging & Mental Health*, 23(8), 1017-1024. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471585>
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., & Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165–172.

- 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. <https://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. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.643860>
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 135–144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal* (Masson).
- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2012). 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. <https://doi.org/10.1027/016-9040/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(7), 1025–1039. <https://doi.org/0.1017/S1041610210000608>
- Seligman, M. E. (2017). *La auténtica felicidad*. B de Bolsillo.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E., & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. In Lisa G. Aspinwall (Redactor) & U. M. S. (Redactor) (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. (pp. 305–317). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10566-021>
- 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>
- Sharma, S., & Singh, K. (2019). Religion and Well-Being: The Mediating Role of Positive Virtues. *Journal of Religion and Health*, 58(1), 119–131. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0559-5>

- 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>
- Silva, H. (2009). The Placebo Effect in Clinical Essays with Antidepressives. *Acta Bioethica*, 15(2), 172–178. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000200007>
- 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>
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., & Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy*, 42(1), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.05.001>
- Snowdon, J. (2010). Depression in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1143–1148. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001602>

-
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. In *Sage Publications, Inc.*
<https://psycnet.apa.org/record/2006-11869-000>
- 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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163408>
- Soriano, J. G., Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M., Gázquez, J. J., Tortosa, B. M., & González, A. (2020). Beneficios de las intervenciones basadas en la atención plena para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños y adolescentes: Metaanálisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 11*(1), 42-53. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.034>
- 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>
- Step toe, 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>
- Sturm, V. E., Datta, S., Roy, A. R. K., Sible, I. J., Kosik, E. L., Veziris, C. R., Chow, T. E., Morris, N. A., Neuhaus, J., Kramer, J. H., Miller, B. L., Holley, S. R., & Keltner, D. (2022). Big Smile, Small Self: Awe Walks Promote Prosocial Positive Emotions in Older Adults. *American Psychological Association, 5*, 1044-1058. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000876>

-
- 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>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0333-8>
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The Impact of Positive Psychological Interventions on Well-Being in Healthy Elderly People. *Journal of Happiness Studies*, 18, 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Taylor, H., Strauss, C., & Cavanagh, K. (2021). Can a little bit of mindfulness do you good? A systematic review and meta-analyses of unguided mindfulness-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 89, 102078. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102078>
- Thompson, L. Y., & Snyder, C. R. (2003). Measuring forgiveness. In & C. R. S. S. J. Lopez (Ed.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (American P, pp. 301–312). <https://doi.org/10.1037/10612-019>
- Thoresen, C. E., Harris, A. H., & Luskin, F. (2000). *Forgiveness and health: An unanswered question* (Guilford P).

- 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>
- 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. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>
- Toro, R. (2012). Conducta Suicida: Consideraciones prácticas para la Implementación de la Terapia Cognitiva. *Psychologia: Avances de La Disciplina, 7*(1), 93–102.
- 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. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.902714>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9796-6>

-
- Valko, M., Leibfritz, D., Moncol, J., Cronin, M. T. D., Mazur, M., & Telser, J. (2007). Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. In *International Journal of Biochemistry and Cell Biology*, 39(1), 44–84. <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2006.07.001>
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W. J., Jansen, A. P. D., Rijmen, F., Kostense, P. J., van Oppen, P., van Hout, H. P. J., Stalman, W. A. B., & Beekman, A. T. F. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.004>
- 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* (Desclée de).
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Fundamentos y Aplicaciones*, 14(3), 401–432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. In *and Health Psychology* (Vol. 5).

- Vázquez, F. L., Hermida, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V., & Díaz, O. (2014). Eficacia de una intervención preventiva cognitivo conductual en cuidadoras con síntomas depresivos elevados. *Psicología Conductual*, 22(1), 79–96.
- Vázquez, F. L., Otero, P., & Blanco, V. (2019). *Guía de Intervención de la Depresión* (E. Síntesis, Red). Madrid.
- Von Humboldt, S., & Leal, I. (2013). The Promotion of Older Adults` Sense of Coherence through Person-centered Therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *Interdisciplinaria*, 30(2), 235-251.
- Von Humboldt, S., Leal, I., & 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>
- Wagner-Graul, P., Hansen, R., Gartlehner, G., Lohr, K., Gaynes, B., & Carey, T. (2005). Efficacy and safety of second - generation antidepressants in the treatment of major depressive disorder. *Annals of Internal Medicine*, 143, 415–426.

-
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, emotions, and the emotional disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 422–442. <https://doi.org/10.1177 / 2167702614536162>
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes Suicidas*.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., & Al., E. (2009). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorders in olders adults: A preliminary reports. *Behavior Therapy*, 42, 127–134.
- 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.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores* (Pirámide).
- 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>

- 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, 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. <https://doi.org/10.1080/0887044042000196674>
- Zamarrón, M. D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Informes Portal de Mayores*, *52*, 1–19.
- Zarzycka, B. (2019). Predictors and mediating role of forgiveness in the relationship between religious struggle and mental health. *Polskie Forum Psychologiczne*, *24*(1), 93–116. <https://doi.org/10.14656/PFP20190106>
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. In B. y W. Dryden (Ed.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy* (Wiley, pp. 35–54).

VII. ANEXOS



ANEXO 1

Título: Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022).

Autores: López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N.

Publicación: *Terapia Psicológica*, 41(1), 111-136, 2023.

https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000100111

Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022)

Interventions in Positive Psychology to reduce depression and promote well-being in the elderly: A systematic review of the last decade (2012-2022)

Sergio López-Linares¹

 0000-0002-4772-225X

sll00009@red.ujaen.es

Ana García-León¹

 0000-0003-2571-8548

angarcia@ujaen.es

Nicolás Sánchez-Álvarez²

 0000-0002-5910-5734

nsa@uma.es

¹ Universidad de Jaén, Jaén España

² Universidad de Málaga, Málaga, España

Resumen:

En los últimos años distintos estudios muestran la eficacia de las intervenciones en Psicología Positiva para mejorar la sintomatología depresiva y el bienestar en población adulta; sin embargo, hay pocos estudios que revisen la eficacia de estas intervenciones en personas de 60 años o más. **Objetivo:** recoger y sintetizar la evidencia existente en la última década con respecto a las intervenciones en Psicología Positiva en estas personas. **Método:** se ha realizado una revisión sistemática (RS) que recoge las publicaciones, realizadas entre enero de 2012 y julio de 2022, procedentes de las bases de datos SCOPUS, WOS/Medline y PROQUEST/PsycInfo. Se seleccionaron 944 estudios empíricos, de los cuales 18 cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** se presenta evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en Psicología Positiva para reducir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar subjetivo y psicológico en personas de estas edades, con efectos superiores a los de otros grupos de control. Esto sucede con programas de intervención en bienestar, al entrenar varias fortalezas- gratitud o perdón junto con otras- o entrenando en mindfulness. **Conclusión:** estos resultados subrayan la importancia de considerar las intervenciones en Psicología Positiva como terapias complementarias para mejorar la salud mental y la calidad de vida en personas mayores de 60 años.

Palabras clave: psicología positiva, depresión, bienestar, personas adultas-mayores, personas mayores

Abstract

Recently, different studies have shown the efficacy of interventions in Positive Psychology to improve both depressive symptoms and well-being in adults. However, there are only a few studies that review the efficacy of these interventions in people aged 60 years and older. **Objective:** synthesize the evidence from the last decade about these interventions in these people. **Method:** A systematic review was conducted. Publications between 2012 and 2022 -from SCOPUS, WOS/Medline and PROQUEST/PsycInfo- were included. After analyzing 944 empirical works, 18 studies have met the inclusion criteria. **Results:** the results show the efficacy of interventions in Positive Psychology, both to reduce depressive symptoms, and to increase subjective and psychological well-being in people of these ages, compared to other control groups. These effects are found with interventions on well-being, with interventions on personal strengths -gratitude or forgiveness in combination with sense of humor, empathy, meaning of life or emotional regulation- or through training on mindfulness. **Conclusions:** The preliminary results point out the importance of interventions in Positive Psychology as complementary therapies to improve the mental health and quality of life in people over 60 years.

Keywords: positive psychology; depression; well-being; older-adults; older people

Recibido: 25 de enero de 2023 – Aceptado: 19 de junio de 2023
Editado por: Alfonso Urzúa, Universidad Católica del Norte, Chile.
Revisado por: Lorena Gallardo, Universidad Alberto Hurtado, Chile.
Claudia Miranda, Universidad Andrés Bello, Chile.



© 2023 Terapia Psicológica



SOCIEDAD CHILENA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA

Introducción

Los trastornos depresivos se caracterizan fundamentalmente por la presencia de un sentimiento de tristeza, de intensidad y duración suficiente como para interferir en la vida, además de una importante disminución del interés por las actividades cotidianas y placenteras (Rivas et al., 2011). La sintomatología depresiva incluye, no obstante, síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, sin existir distinciones específicas para las diferentes edades a la hora de evaluar y diagnosticar el trastorno (Botto et al., 2014; Pérez-Padilla et al., 2017). Desde el punto de vista emocional, pueden darse síntomas como tristeza persistente, intensa y duradera o sentimiento de "vacío", pérdida de energía, sensación de cansancio, sentimiento de inutilidad, sensación de irritabilidad y de ansiedad, culpa e impotencia, además de poca esperanza en el futuro y sentimiento de soledad (Acosta-Quiroz et al., 2017). A nivel cognitivo, puede observarse una actitud o pensamiento pesimista sobre el presente y el futuro (pensamiento de que las cosas no van a salir bien en ningún momento), ideas de suicidio o muerte, dificultades relacionadas con la memoria y una dificultad notoria para concentrarse, recordar o tomar decisiones. Por último, en el plano conductual, tiene importancia el aumento o la pérdida de peso y de apetito, la pérdida de interés para realizar actividades que antes eran del agrado de la persona afectada (anhedonia), una tendencia constante a dormir demasiado o no poder dormir y realizar conductas que le permitan estar en soledad (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021).

Más de 300 millones de personas en todo el mundo sufren depresión. No sólo se da en población adulta, sino que afecta igualmente a jóvenes y a personas mayores. En concreto, la sintomatología depresiva afecta al 3.8% de la población general, incluyendo al 5.6% de los jóvenes, al 5% de los adultos, y al 5.7% de las personas mayores de 60 años a nivel mundial (World Health Organization [WHO], 2017). Asimismo, a partir de los 55 años, y hasta los 85 años o más, las mujeres experimentan mayor incidencia de sintomatología depresiva que los hombres, un 7.5% frente a un 5.5%, respectivamente; aunque estas diferencias ya se observan en la edad adulta, en la que se encuentran porcentajes del 6% en mujeres y del 4% en hombres (WHO, 2017).

Tal y como se deduce de los datos anteriores, el envejecimiento no está ligado en muchas ocasiones a una mayor incidencia de sintomatología depresiva. Sin embargo, es importante considerar que, incluso en ausencia de enfermedad, con el envejecimiento y el avance del tiempo las personas han de enfrentarse a un incremento en el deterioro físico, social, y mental que podría producir efectos negativos sobre la salud mental (Steptoe et al., 2014). De hecho, las personas de 60

años o más presentan mayor frecuencia de cuadros depresivos leves o moderados y menor calidad de vida y bienestar que las personas jóvenes o adultas cuando inciden diferentes factores de riesgo sobre ellas (Chachamovich et al., 2008; Corcoran et al., 2013; Lelkes, 2008). Así, los factores de riesgo que precipitan la sintomatología depresiva con el envejecimiento son la enfermedad física, como la enfermedad cardiovascular (Nicholson et al., 2006), el cáncer (Chida y Steptoe, 2008), o la obesidad (Luppino et al., 2010); el deterioro cognitivo (Chachamovich et al., 2008); el surgimiento de otras enfermedades mentales y la demencia de Alzheimer (Valko et al., 2007); la sintomatología ansiosa (Jivraj et al., 2014); problemas relacionados con la calidad del sueño (Cisneros y Ausín, 2019); así como el hecho de que la persona mayor esté institucionalizada (Azeem y Naz, 2015).

Los tratamientos farmacológicos son los más empleados con las personas mayores diagnosticadas de depresión moderada o severa, pero estos presentan efectos secundarios e interacciones no deseadas con otros fármacos. Por el contrario, los tratamientos psicológicos no presentan tales efectos, poseen un coste menor, mejoran más la sintomatología a nivel cognitivo, y tienen mayor adherencia en las personas adultas y mayores (Cuijpers et al., 2023). Los tratamientos psicológicos más eficaces para el tratamiento de la depresión son la activación conductual, el tratamiento cognitivo-conductual, y la terapia interpersonal (Beck et al., 1996; Klerman et al., 1984; Lewinsohn, 1975), así como, más recientemente, la terapia de aceptación y compromiso (Luciano y Valdivia, 2006). Sin embargo, estos tratamientos centran su foco fundamentalmente en la reducción de la sintomatología.

Con el cambio en la concepción sobre la salud mental y el bienestar de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2013, el objetivo de las intervenciones se ha dirigido no solo a la reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología, sino también a la promoción del bienestar. En este sentido, el bienestar puede entenderse de dos maneras: como bienestar subjetivo y como bienestar psicológico (Ryan y Deci, 2001). El bienestar subjetivo o hedónico es un término que se usa con asiduidad para hacer referencia a la "buena vida o vida feliz". Incluye un componente cognitivo -satisfacción vital- y un componente afectivo -niveles de afecto positivo y de afecto negativo-. La persona feliz sería, por tanto, aquella que experimenta altos niveles de satisfacción con la vida y afecto positivo, así como bajos niveles de afecto negativo, en las distintas áreas vitales (trabajo, amigos, familia...) (Diener y Suh, 1998). Por su parte, el bienestar psicológico o eudaimónico se fundamenta en la premisa de que las personas se sienten felices si experimentan desafíos, propósitos vitales y crecimiento (Keyes et al., 2002; Ryan y Deci, 2000). Desde este punto de vista, el bienestar sería una variable de ajuste

personal relacionada con las áreas de competencia, autoaceptación, crecimiento personal, contribución social, expresividad personal, sentimientos de pertenencia, sentido de autonomía y propósito y significado. Tanto el bienestar psicológico como el bienestar subjetivo se han asociado con menores niveles de depresión (Bray y Gunnell, 2006), una mejor calidad de vida (Jackson y MacLeod, 2016), una menor morbilidad y un incremento en la esperanza de vida en distintas edades (Friedman y Ryff, 2012).

Por último, se ha observado que algunas personas de 60 años o más presentan ciertas fortalezas personales que han resultado ser esenciales para una evolución óptima, así como para experimentar mejor salud, calidad de vida y bienestar (Ramsey y Gebtzer, 2014; Sadler et al., 2011; Von Humboldt et al., 2014). En este sentido, se ha publicado un número importante de estudios que muestran la eficacia de distintas intervenciones centradas en el entrenamiento en fortalezas personales (u otras Intervenciones en Psicología Positiva) –como gratitud, perdón, inteligencia social, saboreo u optimismo, entre otras- sobre la reducción de la sintomatología depresiva y/o el incremento del bienestar subjetivo o psicológico (Chamorro, 2017; Ho et al., 2014; Preschl et al., 2012; Rey et al., 2013; Schueller y Parks, 2014). En la misma línea, revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes han demostrado la eficacia de las intervenciones en Psicología Positiva para mejorar la depresión y el bienestar subjetivo y/o psicológico, en comparación con otros grupos de control activo, tanto en adultos (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen y Morina, 2021; McTiernan et al., 2022; Schutte y Malouff, 2019), como con personas mayores de 60 años (Iwano et al., 2022; Sutipan et al., 2017).

En resumen, existe ya una cierta cantidad de literatura relacionada con la eficacia de las intervenciones en Psicología Positiva en población adulta, siendo muchos los resultados revisados y analizados al respecto. No obstante, son solo dos los estudios de revisión realizados sobre la eficacia de tales intervenciones en población de más de 60 años. Además, ambos han sido llevados a cabo con personas sin sintomatología depresiva ni de otro tipo y uno de ellos sólo se centra en los efectos sobre el bienestar psicológico. Por ello, el objetivo del presente trabajo ha sido recoger y sintetizar la evidencia actual sobre la efectividad de las intervenciones en Psicología Positiva para disminuir la sintomatología depresiva y mantener el bienestar subjetivo y psicológico en personas mayores, a partir de una revisión sistemática de la literatura.

Método

Búsqueda de literatura

La presente revisión sistemática ha sido desarrollada de acuerdo con los principios establecidos en la declaración PRISMA (Moher et al., 2015). De este modo, se definieron los constructos para el estudio (intervenciones en Psicología Positiva, depresión, bienestar, etc.), al igual que el propio objetivo de la revisión. De forma similar, se establecieron los años de búsqueda, entre enero de 2012 y julio de 2022. Para efectuar dicha búsqueda se utilizaron las bases de datos electrónicas SCOPUS, WOS/Medline y PROQUEST/PsycInfo. Se utilizaron los términos combinados para la búsqueda en idioma inglés: "positive psychology intervention" OR "strength intervention" OR "positive psychother*" OR "positive intervention" OR "positive therapy" OR "positive treatment" AND "well-being" OR "wellbeing" OR "depression" AND "older people" OR "old age" OR "elderly" OR "older adults" OR "aging".

Criterios de inclusión

Los criterios utilizados para la selección de estudios sobre intervenciones en Psicología Positiva fueron los siguientes: (a) que fuesen trabajos científicos de carácter empírico y revisados por pares; (b) que incluyesen entre las personas participantes la franja de edad de 60 o más años; (c) que incluyesen instrumentos de medida con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de sintomatología depresiva y/o bienestar, y que estas medidas hayan sido tomadas antes y después del tratamiento; (d) que constituyesen intervenciones basadas en el fomento de fortalezas personales u otro tipo de intervenciones bajo la perspectiva teórica de la Psicología Positiva, comparándose sus efectos con los obtenidos por un grupo de control.

Recolección de datos

Se hallaron un total de 944 artículos en las bases de datos anteriormente señaladas: SCOPUS (24), WOS/Medline (600) y PROQUEST/PsycInfo (320). Primero se eliminaron los trabajos duplicados: un total de 12 trabajos. Posteriormente, se revisó el título y el resumen de los restantes, excluyéndose 912 estudios por no cumplir uno o más de los criterios de inclusión exigidos, con lo que quedó un total de 20 trabajos. Tras la lectura completa de los trabajos, se excluyeron otros dos estudios, al detectarse que uno no era un estudio empírico y otro no incluía grupo de control. Para finalizar, se revisaron exhaustivamente los textos completos de estos

18 artículos, que constituyen los trabajos incluidos en la presente revisión sistemática. En este proceso trabajaron dos investigadores de manera independiente. Uno extrajo los trabajos de las bases de datos, pero ambos evaluadores decidieron por separado si cada trabajo evaluado debía formar parte o no de la revisión sistemática. Las discrepancias fueron posteriormente consensuadas. La Figura 1 muestra el proceso de selección descrito.

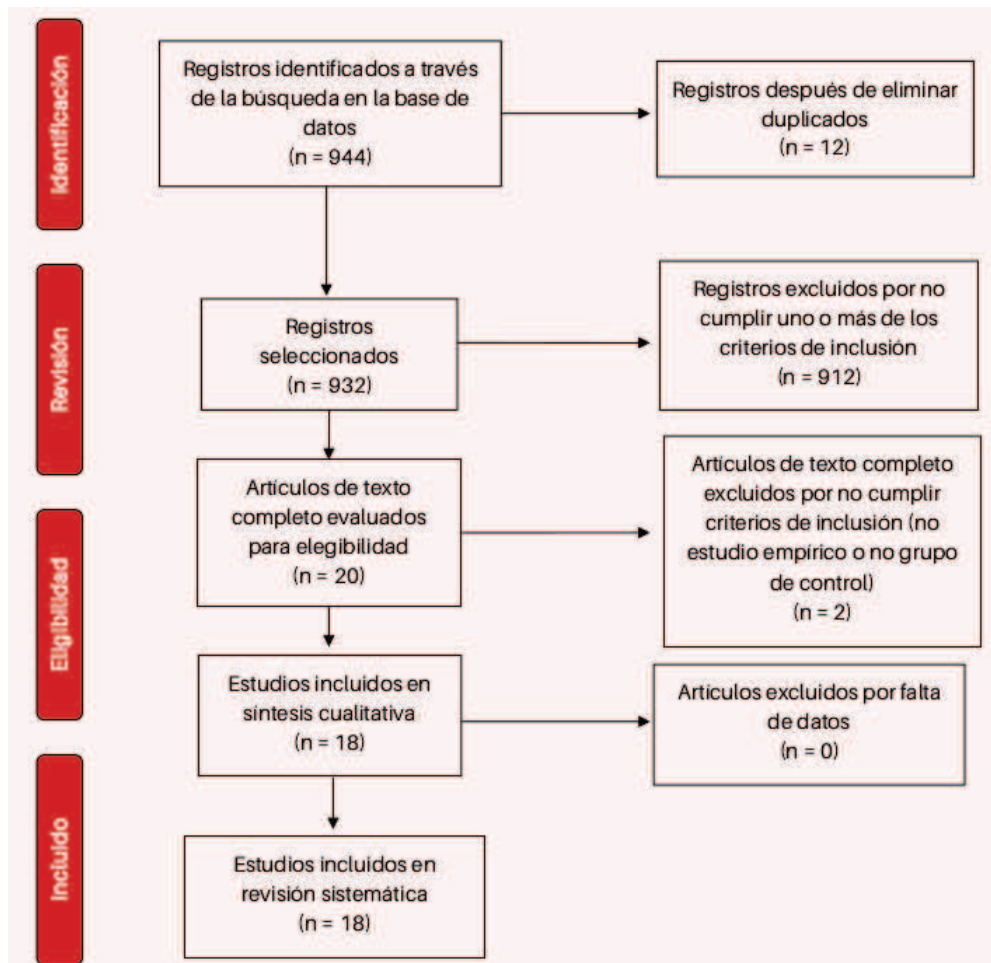


Figura 1. Esquema y toma de decisión sobre la inclusión y exclusión de los artículos

Codificación de datos

Las siguientes categorías de análisis fueron registradas para la obtención de los resultados en los distintos estudios revisados: a) autores (año de publicación), b) participantes, c) instrumentos de medida utilizados para medir depresión

y/o bienestar, d) metodología, e) tipo y descripción de las intervenciones realizadas en el marco de la Psicología Positiva, f) principales resultados obtenidos en el estudio.

Resultados

Resultados de la búsqueda literaria

La muestra final utilizada para realizar el estudio de revisión sistemática estuvo compuesta por 18 artículos científicos, que cumplen los criterios de inclusión e incluyen la información necesaria para la codificación de los datos. Los resultados más relevantes de esta revisión sistemática están expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables objeto de estudio

Autores	Participantes	Instrumentos	Metodología	Tipo y descripción de la intervención en Psicología Positiva	Resultados
Avia et al. (2012)	15 mujeres y 4 hombres residentes de dos centros privados, con edades entre 57 y 100 años 1 hombre y 37 mujeres de asociaciones de mayores, con edades comprendidas entre los 70 y los 72 años	Escala de Andrews y Whitey (1976) para evaluar el estado de ánimo en el momento de la evaluación Dos preguntas tomadas de la escala de desesperanza de Buela-Casal et al. (1996) Escala de satisfacción con la vida de Diener et al. (SWLS)	Estudio cuasi-experimental con grupo de control activo	Revisión de Vida de Sucesos Específicos Positivos -4 sesiones de 90 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Revisión de vida centrada en sucesos positivos. 2. Escritura de un relato positivo sobre la propia vida. 3. Realización de un póster con imágenes positivas personales	<u>Estudio 1:</u> Se obtuvieron puntuaciones elevadas en satisfacción con la vida y bajas en desesperanza en la fase post-test, y estos valores mejoraron en el seguimiento de un mes. $F(3, 54) = 2.45, p < .007$ <u>Estudio 2:</u> El grupo experimental mostró mayor incremento de la satisfacción con la vida y mayor reducción de la desesperanza que el grupo de control de lectura y estimulación cognitiva. $F(1, 43) = 4.48, p < .04$
Bartholomaeus et al. (2019)	5 hombres y 52 mujeres sin problemas clínicos, con edades comprendidas entre 62 y 78 años 8 hombres y 60 mujeres con enfermedad mental o física, con edades comprendidas entre 64 y 73 años	Entrevista para evaluar emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro (PERMA profiler)	Estudio cuasi-experimental con grupo de control pasivo	Intervención en Bienestar (adaptación del programa de entrenamiento en resiliencia de Bolier et al.) -8 sesiones de 90-120 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> Sesiones de captación semanales y tutoría/apoyo entre pares opcional	<u>Estudio 1:</u> No se observaron diferencias significativas en Bienestar entre los grupos experimental y control (sin intervención). $F(4,53) = 3.89, p < .06$ <u>Estudio 2:</u> El grupo que recibió la intervención en Bienestar mostró mayores niveles de Bienestar que el grupo de

Cantarella et al. (2017)	8 hombres y 24 mujeres procedentes de varios clubs culturales, con edades comprendidas entre 61 y 82 años y sin problemas psiquiátricos	Versión italiana de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB)	Ensayo clínico aleatorizado con grupo de control activo	Intervención en Bienestar Psicológico -7 sesiones de 90 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Recoger tres aspectos positivos del día. 2. Seleccionar una foto que recuerde algo positivo. 3. Trabajar la memoria autobiográfica. 4. Trabajar el estilo y papel de las emociones. 5. Trabajar la autoeficacia. 6. Trabajar el bienestar conociendo sus dimensiones. 7. Escribir una carta de agradecimiento al grupo	control. F(4, 63) = 3.63, p < .05 Se observó un incremento significativo en Bienestar Psicológico del grupo experimental frente al grupo de control de discusión de tópicos sociales. F(1,30) = 22.75, p < .001
Chamorro et al. (2021)	36 Hombres y 75 mujeres institucionalizados, 62 y 96 años	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS) Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper (SHS) Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB)	Estudio cuasi-experimental con grupos de control pasivo y placebo	Memoria Autobiográfica Perdón Gratitud Sentido del Humor -11 sesiones de 90 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Actividades de memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones positivas. 2. Evocación de experiencias con fotografías, canciones, etc. 3. Escritura de una carta de gratitud hacia una persona cercana. 4. Escritura de una carta para perdonar a una persona. 5. Actividades para el entrenamiento en sentido del humor	Disminución significativa de la depresión y aumento significativo en la satisfacción con la vida, la felicidad subjetiva y algunas dimensiones del bienestar psicológico en el grupo experimental, con respecto a los grupos control (sin intervención) y placebo (breve charla sobre psicología positiva y ejercicio de reflexión sobre los aspectos de la infancia que habían influido en su vida adulta). Los resultados se mantuvieron durante los seguimientos de 3, 6 y 12 meses. F(2, 101) = 5.83, p = .004
Cuadra-Peralta et al. (2012)	3 Hombres y 40 mujeres de agrupaciones de adultos o de jubilados, con edades comprendidas entre 75 y 85 años	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) Escala de Satisfacción Vital de Diener et al. (SWLS)	Estudio cuasi-experimental con dos grupos de control activo	Psicoterapia positiva de Seligman para desarrollar satisfacción con el pasado y el presente y optimismo con el futuro -11 sesiones de 120 min. <u>-Contenidos y actividades:</u>	Mayores decrementos en niveles de sintomatología depresiva y aumentos en niveles de satisfacción vital del grupo de Psicología Positiva frente a los grupos de control de actividades recreativas y sin intervención.

Durgante et al. (2022)	26 Hombres y 102 mujeres jubilados, con edades comprendidas entre 50 y 83 años	Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS)	Estudio cuasi-experimental con grupo de control pasivo	<p>1. Conocimiento de satisfacción con el presente.</p> <p>2. Conocimiento de fortalezas y virtudes.</p> <p>3. Conocimiento sobre relaciones interpersonales.</p> <p>4. Actividad de expresión de afecto y cumplidos.</p> <p>5. Entrenamiento en perdón (sin especificar actividad)</p> <p>6. Entrenamiento en gratitud (sin especificar actividad)</p> <p>Programa que combinaba las fortalezas de autocuidado/prudencia, optimismo, empatía, gratitud, perdón, y sentido de la vida y el trabajo</p> <p>-6 sesiones de 10 min.</p> <p><u>-Contenidos y actividades:</u></p> <p>1. Entrenamiento en optimismo mediante videos y debates.</p> <p>2. Entrenamiento en empatía (sin especificar actividad).</p> <p>3. Entrenamiento en gratitud (sin especificar actividad).</p> <p>4. Entrenamiento en perdón (sin especificar actividad).</p> <p>5. Revisión de significado de vida y trabajo</p>	<p>F(2, 40) = 8.916, p = .001</p> <p>El grupo de intervención mostró mayores niveles de satisfacción con la vida que el grupo de control de lista de espera.</p> <p>F(2, 140) = 3.162, p = .045</p>
Freitas et al. (2021)	4 hombres y 37 mujeres sin depresión, con edades comprendidas entre 60 y 80 años	Escala de Depresión Geriátrica, versión reducida (GDS-15) de Almeida y Almeida	Estudio cuasi-experimental con grupos de control activo y pasivo	<p>Educación en Fortalezas del Carácter para personas mayores (Educafi)</p> <p>-26 sesiones de 90 min.</p> <p><u>-Contenidos y actividades:</u></p> <p>1. Entrenamiento en el modelo cognitivo de Terapia Cognitivo Conductual.</p> <p>2. Entrenamiento en fortalezas del carácter, cada sesión centrada en una distinta.</p>	<p>Eficacia en la intervención en el grupo experimental frente a los dos grupos de control (realización de otras actividades o sin intervención), aumentando en el primero los niveles de bienestar psicológico y de satisfacción con la vida y disminuyendo los niveles de sintomatología depresiva.</p> <p>-Satisfacción con la vida: F = 1.088, p = .370</p> <p>-Depresión: F = 2.910, p < .05</p> <p>El grupo que recibió el entrenamiento en Sentido del Humor obtuvo puntuacio-</p>
Giapraki et al. (2020)	20 hombres y 20 mujeres asistentes a las instalaciones municipales para	Entrevista para evaluar emociones positivas, compromiso,	Ensayo clínico aleatorizado con grupo de control activo	<p>Sentido del Humor</p> <p>-1 sesión.</p>	

	mayores, con edades comprendidas entre 65 y 91 años	relaciones positivas, significado y logro (PERMA profiler)		<u>-Contenidos y actividades:</u> Recuerdo de eventos humorísticos.	nes más elevadas que el grupo de control (ejercicio de reflexión sobre recuerdos de memoria temprana) en emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro en la evaluación post- y en el seguimiento. F (2, 18) = 7.06, p = .005
Greenawalt et al. (2019)	6 hombres y 46 mujeres participantes de centros recreativos para mayores sin depresión, con un rango de edad entre 62 y 80 años	Cuestionario breve de 9 ítems para evaluar la depresión de Kroenke et al. Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS) Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper (SHS)	Estudio cuasi-experimental con grupo de control pasivo	Intervención en Bienestar "El Arte de la Felicidad" -8 sesiones de 90 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Reflexión sobre la felicidad. 2. Recopilar cada día 3 cosas positivas. 3. Entrenamiento en compasión y gratitud (sin especificar actividad). 4. Gestión del estrés (sin especificar actividad). 5. Entrenamiento en perdón: redacción de carta de perdón. 6. Entrenamiento en mindfulness. 7. Entrenamiento en humor (sin especificar actividad)	Decremento en los niveles de depresión y aumento en los de satisfacción vital y felicidad subjetiva en el grupo experimental frente al control (sin intervención). -Felicidad subjetiva: F = 1.48, p = .104 -Satisfacción con la vida: F = 1.49, p = .552 -Depresión: F = 1.44, p = .248
Jiménez et al. (2016)	15 hombres y 52 mujeres sin psicopatología de dos centros para mayores, con un rango de edad entre 60 y 89 años	Escala de experiencias positivas y negativas de Diener et al. (SPANE) Termómetro de felicidad	Estudio cuasi-experimental con grupo de control activo	Programa psicoeducativo para la mejora del bienestar basado en fortalezas del carácter, emociones positivas y regulación emocional -9 sesiones de 90 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Entrenamiento en fortalezas del carácter (sin especificar actividad). 2. Entrenamiento en emociones positivas (sin especificar actividad). 3. Entrenamiento en regulación emocional (sin especificar actividad)	Aumento significativo en felicidad en el grupo experimental al compararse con el control (actividades socioculturales del control). F(1,57) = 6.97; p = .01
Killen y Macaskil	23 hombres y 65 mujeres jubilados	Escala de Florecimiento de	Estudio cuasi-experimental	Gratitud	No se encontraron diferencias en nin-

Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años...

(2014)	sin psicopatología, con edades comprendidas entre 60 y 91 años	Diener et al. (FS) Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS) Escala de experiencias positivas y negativas de Diener et al. (SPANÉ)	con grupo de control activo	-2 sesiones <u>-Contenidos y actividades:</u> Entrenamiento en gratitud tanto en línea como en papel (sin especificar actividad)	guna de las medidas de bienestar entre la aplicación de la intervención en gratitud en vivo o en versión on-line. F (5, 69) = 2.11, p = .07
Oken et al. (2017)	27 hombres y 107 mujeres sanos, con un rango de edad entre 50 y 85 años.	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (CESD) Escala de Afecto Positivo y Negativo de Watson et al. (PANAS)	Ensayo clínico aleatorizado con grupo de control pasivo	Mindfulness -6 sesiones de 60-90 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> Práctica en la meditación de mindfulness	Disminución significativa en niveles de sintomatología depresiva y aumento en los niveles de afecto positivo en el grupo experimental frente al control de lista de espera. p < .01
Perez-Blasco et al. (2016)	14 hombres y 29 mujeres sanos no institucionalizados, con edades que oscilaban entre 58 y 68 años	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés de Lovibond y Lovibond (DASS)	Ensayo clínico aleatorizado con grupo de control pasivo	Mindfulness y auto-compasión -10 sesiones de 120 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Práctica en la meditación de mindfulness. 2. Práctica en auto-compasión para mejorar capacidad de afrontamiento (sin especificar actividad)	Mayores reducciones de la sintomatología depresiva, la ansiedad y el estrés en el grupo de intervención frente al control de lista de espera. F(1,35) = 10.92, p = .002
Proyer et al. (2014)	163 mujeres sanas, con edades comprendidas entre 50 y 79 años	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (CESD) Inventario de la Auténtica Felicidad de Seligman et al. (AHI)	Estudio cuasi-experimental con grupo de control activo	Gratitud Tres cosas buenas Tres cosas divertidas Uso de las fortalezas -4 sesiones <u>-Contenidos y actividades:</u> 1. Recopilar tres cosas buenas y tres cosas divertidas del día. 2. Entrenamiento en gratitud (sin especificar actividad). 3. Entrenamiento en otras fortalezas (sin especificar actividad)	Las intervenciones de tres cosas divertidas o uso de las fortalezas disminuyeron la sintomatología depresiva del grupo de intervención frente al control de evocación de recuerdos tempranos. $\chi^2 [1, N = 54] = 5.47, p = .01$ Las intervenciones de gratitud, tres cosas buenas o uso de las fortalezas aumentaron la felicidad en el grupo experimental frente al control de evocación de recuerdos tempranos. $\chi^2 [1, N = 64] = 5.23, p = .02$
Ramírez et al. (2014)	17 hombres y 29 mujeres participantes de centros de día para mayo-	Inventario de Depresión de Beck et al. (BDI)	Estudio cuasi-experimental con grupo de control placebo	Memoria autobiográfica Gratitud Perdón	El grupo experimental mostró menores niveles de sintomatología depresiva e

	res, con un rango de edad entre 60 y 93 años.	<p>Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS)</p> <p>Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper (SHS)</p>		<p>-9 sesiones de 90 min.</p> <p><u>-Contenidos y actividades:</u></p> <p>1. Entrenamiento en recuerdos positivos de otras etapas de la vida.</p> <p>2. Entrenamiento en gratitud (sin especificar actividad).</p> <p>3. Entrenamiento en perdón (sin especificar actividad).</p>	<p>incrementos superiores en satisfacción con la vida y felicidad subjetiva que el grupo placebo (breve charla sobre psicología positiva y ejercicio de reflexión sobre los aspectos de la infancia que habían influido en su vida adulta)..</p> <p>-Sintomatología depresiva: $F(1,44) = 4.39, p < .04$</p> <p>-Satisfacción con la vida: $F(1,44) = 4.30, p < .04$</p> <p>-Felicidad subjetiva: $F(1,44) = 4.27, p < .04$</p> <p>El entrenamiento en gratitud o en saboreo incrementaron las puntuaciones en satisfacción con la vida, afecto positivo y felicidad subjetiva y redujeron la afectividad negativa. Las intervenciones basadas en el saboreo o en el optimismo disminuyeron la sintomatología depresiva.</p>
Salces-Cubero et al. (2018)	50 hombres y 74 mujeres sanos, usuarios de centros de día, con edades comprendidas entre 60 y 89 años	<p>Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg et al.</p> <p>Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS)</p> <p>Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper (SHS)</p> <p>Escala de Afecto Positivo y Negativo de Watson et al. (PANAS)</p>	Estudio cuasi-experimental con grupo de control pasivo	<p>Gratitud</p> <p>Saboreo</p> <p>Optimismo</p> <p>-4 sesiones de 70 min.</p> <p><u>-Contenidos y actividades:</u></p> <p>1. Entrenamiento en gratitud recopilando cosas buenas de la vida.</p> <p>2. Planificación de eventos positivos para el futuro.</p> <p>3. Entrenamiento en saboreo con un objeto asociado a un recuerdo positivo.</p>	<p>No se encontraron diferencias entre las tres intervenciones en fortalezas entrenadas en ninguna de las variables.</p> <p>$F(2,240) = 13.429, p < .06$</p> <p>El grupo experimental mostró frente al grupo control (paseo sin atención) un decremento significativo en sintomatología depresiva y un incremento en el informe subjetivo de las emociones experimentadas durante el paseo, así como en satisfacción vital. $t(49) = 0.47, p = .064$</p>
Sturm et al. (2022)	18 hombres y 34 mujeres sanas con edades entre 60 y 90 años	<p>Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (CESD)</p> <p>Informe subjetivo de las emociones experimentadas durante el paseo</p> <p>Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (SWLS)</p>	Ensayo clínico aleatorizado con grupo de control activo	<p>Paseos centrando la atención en el entorno</p> <p>-8 sesiones de 15 min.(caminatas)</p> <p><u>-Contenidos y actividades:</u></p> <p>Adquisición de los beneficios emocionales de un "paseo sobrecogedor"</p>	<p>El grupo experimental mostró una mejora superior en el sentido de coherencia que el grupo de</p>
von Humboldt y Leal (2013)	35 hombres y 52 mujeres asistentes a centros recreativos municipales, con edades com-	<p>Escala de Sentido de Coherencia (ESDC)</p>	Ensayo clínico aleatorizado con grupo de control pasivo	<p>Terapia centrada en la persona para promover el sentido de coherencia</p>	<p>El grupo experimental mostró una mejora superior en el sentido de coherencia que el grupo de</p>

prendidas entre 65 y 89 años.	-8 sesiones de 45 min. <u>-Contenidos y actividades:</u> Ejercitar el sentido de coherencia en la persona (sin especificar actividad)	control de lista de espera tras la intervención y en el seguimiento. t = 12.981, p = .000
-------------------------------	---	--

PERMA = Entrevista para evaluar emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro. PGCMS = Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. SHS = Escala de Felicidad Subjetiva. SWLS = Escala de Satisfacción con la Vida. SPANE = Escala de Experiencia Positiva y Negativa. SPWB = Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .001$

Año de publicación de los estudios

La revisión realizada muestra una distribución bastante homogénea de las publicaciones realizadas en los últimos años sobre intervenciones en Psicología Positiva, con la existencia de al menos una publicación anual en este ámbito (con la excepción del año 2015). Un 16.66% de los estudios fueron publicados en los años 2013, 2018 y 2020, constituyendo el único artículo publicado en esos años. En los años 2012, 2016, 2017, 2019, 2021 y 2022 fueron difundidos los resultados de dos trabajos cada año, lo que supone un 66.66% de los estudios realizados. En cuanto al año 2014, en él se resume igualmente un 16.66% de los trabajos recogidos en la revisión, habiéndose publicado tres estudios.

Instrumentos utilizados en los estudios

La sintomatología depresiva ha sido incluida como variable dependiente en 11 de los 18 estudios que han constituido la muestra (61.11%), el bienestar subjetivo en 12 del total de estudios (66.66%), el bienestar psicológico en 5 de ellos (27.27%) y el bienestar subjetivo y psicológico conjuntamente en 3 trabajos (16.66%). Por otro lado, los instrumentos que más se han usado para evaluar la sintomatología depresiva han sido la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (CESD), usada en 3 estudios (16.66%), y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), aplicada en 2 estudios (11.11%). Para la evaluación del Bienestar Subjetivo, el instrumento empleado en más estudios ha sido la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), que está presente en 10 trabajos (55.55%), seguido de la Escala de Felicidad Subjetiva (SHS), aplicada en 4 estudios (22.22%). En cuanto a la evaluación del Bienestar Psicológico, la escala más empleada ha sido la de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB), aplicada en 2 estudios (11.11%). Por último, en dos trabajos se ha evaluado conjuntamente el bienestar subjetivo y el psicológico a través de una única medida: la entrevista basada en el modelo PERMA (11.11%).

Metodología de los estudios seleccionados

Seis de los 18 estudios recogidos en esta revisión son ensayos clínicos aleatorizados (33.33%), 3 de ellos incluyen grupo de control pasivo (16.66% del total), y los otros 3 incluyen grupo de control activo (16.66% del total de trabajos considerados).

Por su parte, los 12 estudios restantes incluidos han seguido una metodología cuasiexperimental (66.66%), 5 de ellos incluyen grupo de control activo (27.77% del total de estudios recogidos), 4 incluyen grupo de control pasivo (22.22% del total de trabajos considerados), 1 contó con un grupo de control placebo (5.55% del total), otro estudio usó grupos de control pasivo y placebo (5.55% del total), y un estudio final empleó grupos de control activo y pasivo (5.55% del total de los estudios incluidos en la revisión).

Intervenciones en Psicología Positiva realizadas

Siete de los 18 estudios que forman parte de la presente revisión (38.88%) han centrado el tratamiento en un programa de intervención en bienestar psicológico, a través del entrenamiento de habilidades como autoaceptación, autonomía, dominio sobre el entorno, crecimiento personal, y/o relaciones positivas. Trece de ellos (72.22%) muestran los resultados de un entrenamiento en una o más fortalezas del carácter, como gratitud, perdón, optimismo, saboreo... Los 2 últimos (11.11%) llevaron a cabo un entrenamiento basado en mindfulness, focalizando la atención plena en el momento presente, sin evaluar ni juzgar.

En relación con las fortalezas personales más entrenadas en los 13 estudios mencionados, estas han sido la gratitud (en 8 estudios: 44.44%) y el perdón (en 5 estudios: 27.77%). El resto de fortalezas entrenadas lo han sido en dos estudios (11.11% cada una): la memoria autobiográfica, el sentido del humor, el optimismo y el saboreo. Para trabajar la gratitud de manera concreta, 2 trabajos propusieron la escritura de una carta de agradecimiento (11.11%), un estudio empleó la recopilación de cosas buenas de la vida (5.55%), y cinco de los 18 trabajos emplearon actividades no especificadas para entrenar gratitud (27.77%). Por su parte, el perdón se entrenó escribiendo una carta de perdón en 2 de los 18 trabajos recogidos (11.11%), no explicitándose claramente las actividades de entrenamiento para entrenar el perdón en 3 estudios (16.66%). Los trabajos que emplearon en sus programas actividades de revisión de vida y saboreo pusieron en práctica la visualización de fotografías agradables del pasado. Aquellos estudios que se centraron en el optimismo realizaron actividades consistentes en recopilar tres cosas positivas

del día; y para trabajar el humor también se realizaron actividades, si bien, no fueron explicitadas.

Resultados obtenidos en los estudios

Resultados en función de la edad o el sexo

De los estudios referenciados en esta revisión, en 17 de ellos se incluyen participantes de ambos sexos (94.44%); en el estudio restante, la muestra ha estado constituida exclusivamente por mujeres. Sin embargo, si se atiende al porcentaje global de participantes de todos los estudios (1429 participantes), el 77.60% ha correspondido a las mujeres, constituyendo los hombres solo el 22.39% del total.

En cuanto a la edad, el rango más representado es el que se distribuye entre los 60 y los 90 años (7 estudios, 38.88%), seguido por las franjas de 65 a más de 90 y de 65 a 90 años (3 estudios cada franja, 16.66% cada una) y, posteriormente, por el intervalo comprendido entre los 75 y los 90 (2 estudios, 11,11%). Menos frecuente es la inclusión del rango de edad que oscila entre los 60 y los 74 años, que solo se ha tenido en cuenta en un estudio.

Resultados con respecto a la sintomatología depresiva o el bienestar

Se encontraron menores niveles de sintomatología depresiva en personas mayores de 60 años tras las intervenciones centradas en el entrenamiento en Psicología Positiva (con independencia del tipo de intervención o la fortaleza entrenada y el tipo de instrumento de evaluación aplicado), en comparación con distintos grupos de control (10 de 11 estudios: 90.90%) o placebo (en los dos estudios que se incluyó un grupo placebo: 100%). Además, estos resultados se mantenían durante el seguimiento de 12 meses en uno de los estudios analizados.

En cuanto al bienestar subjetivo, se hallaron incrementos superiores en sus niveles tras el entrenamiento en psicología positiva, en comparación con un grupo de control, en el 75% de los estudios (9 de los 12), y con respecto a un grupo placebo, en el 100% de los estudios (2 de 2). La escala utilizada en la mayoría de los estudios fue la SWLS. Los resultados descritos se mantenían 12 meses después en uno de los estudios incluidos.

Por su parte, cuando se evaluaron los efectos sobre el bienestar psicológico, se comprobó que este mejoraba más tras las intervenciones en psicología positiva que en otros grupos de control activo o pasivo (4 de 5 estudios: 80%) o placebo (1 de 1 estudio: 100%). En dos de estos estudios, en los que se realizó un seguimiento de 12 meses, se mantenía la mejora del bienestar psicológico.

Por último, los tres estudios en los que se evaluó conjuntamente el bienestar subjetivo y psicológico indicaron igualmente mayores puntuaciones en bienestar en las personas que habían realizado el entrenamiento en psicología positiva que en los grupos de control incluidos (100%). En uno de ellos, la mejora sobre ambos tipos de bienestar se mantuvo durante un período de seguimiento de un mes.

Resultados en función del tipo de intervención en Psicología Positiva

Los 7 programas centrados en el entrenamiento en bienestar con personas mayores han logrado reducir la sintomatología depresiva, e incrementar el bienestar subjetivo y/o el bienestar psicológico en todos los casos. Estos efectos se producían tanto cuando los grupos de control eran pasivos (grupos de control sin intervención o de lista de espera), como cuando eran activos (lectura y estimulación cognitiva, discusión de tópicos sociales, actividades recreativas u otras actividades socioculturales típicas de los centros de mayores).

Cuatro estudios han incluido programas de intervención con adultos mayores y personas mayores en los que se combina el entrenamiento de varias fortalezas. En todos ellos se entrena la gratitud y el perdón, en conjunción con una o más de las siguientes fortalezas: memoria autobiográfica, sentido del humor, optimismo, empatía, sentido de la vida y/o regulación emocional. Con la aplicación de estos programas se ha obtenido una mejora de los niveles de bienestar subjetivo en los 4 programas, y, en uno de ellos, además, mayores incrementos del bienestar psicológico y mayores reducciones de la sintomatología depresiva, siendo la mejora significativamente superior que un grupo de control pasivo o un placebo.

Por otra parte, hay 5 estudios realizados con personas mayores en los que se proporciona información sobre el efecto de distintas fortalezas por separado, en comparación con grupos de control activos. El análisis de sus resultados permite afirmar que el entrenamiento en gratitud incide positivamente en el bienestar psicológico y, especialmente, en el bienestar subjetivo, la intervención en saboreo o en optimismo mejoran la sintomatología depresiva y el bienestar subjetivo, y el entrenamiento en la fortaleza de sentido del humor incrementa el bienestar (ambos tipos evaluados conjuntamente) y disminuye los síntomas depresivos.

Para finalizar, los 2 estudios que basan su intervención en el mindfulness, en comparación con grupos de control de lista de espera, muestran disminuciones en la sintomatología depresiva (en los dos) y en el bienestar subjetivo (en uno) tras el entrenamiento en mindfulness.

Discusión

En el presente estudio, se han revisado de forma exhaustiva los trabajos, publicados en los últimos 10 años, sobre intervenciones en Psicología Positiva para reducir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar subjetivo o psicológico en personas de 60 años o más. El objetivo que se pretendía era sintetizar y exponer la evidencia actual sobre la eficacia de este tipo de intervenciones con esta población.

La metodología seguida en 12 de las intervenciones expuestas en los estudios recogidos han respondido a un diseño cuasiexperimental con grupo de control activo o pasivo. Así mismo, aunque en menor medida, los datos aportados incluyen 6 estudios de gran calidad, al ser las intervenciones realizadas ensayos clínicos aleatorizados con grupos de control pasivo o activo.

En relación con la edad y el sexo, en la presente revisión se ha contado con un número importante de participantes en total, por lo que la revisión contaría con una adecuada calidad en este aspecto. En el caso del sexo, la proporción es de 1 hombre por cada 3 mujeres, que refleja en parte la mayor incidencia de la sintomatología depresiva en mujeres, pero también un sesgo en la mayor implicación de ellas para participar en este tipo de estudios. Tampoco todas las franjas de edad han estado recogidas por igual; así, aunque el rango de edades abarcadas es amplio –desde los 60 a los 90 años–, es solo un estudio el que se centra específicamente en los mayores –entre los 60 y los 74–. Por tanto, es esta franja de edad la que requiere mayor profundización en estudios futuros.

La reducción de la sintomatología depresiva ha sido un objetivo que se ha pretendido alcanzar en más de la mitad de los estudios de la presente revisión, lo que refleja la presencia de al menos niveles moderados de sintomatología en personas de estas edades, así como la importancia de desarrollar intervenciones para su disminución. Las intervenciones centradas en el entrenamiento en Psicología Positiva han sido eficaces para lograr una reducción de esta sintomatología, en comparación con un grupo de control, en la mayoría de los estudios (Avia et al., 2012; Chamorro et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Oken et al., 2017; Pérez-Blasco et al., 2016; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022). Resultados similares se han hallado en cuanto al bienestar subjetivo, cuyo incremento ha sido un objetivo en 12 de los estudios incluidos. En el 75% de ellos se ha encontrado que las intervenciones en Psicología Positiva mejoran el bienestar en mayor medida que otras intervenciones (Avia et al., 2012; Chamorro et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante

et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022). En cuanto al bienestar psicológico, este ha sido el menos estudiado, al ser abordado únicamente en 5 de los 18 estudios; igual que con las dos variables ya mencionadas, hay que destacar que la eficacia de las intervenciones en Psicología Positiva para lograr un aumento en los niveles de este tipo de bienestar es superior a la conseguida en las intervenciones realizadas con otros grupos de control, encontrándose estos resultados en el 80% de los estudios (Chamorro et al., 2021; Cantarella et al., 2017; Freitas et al., 2021; von Humboldt y Leal, 2013). En definitiva, aunque el número de investigaciones que abordan la sintomatología depresiva o el bienestar en personas mayores de 60 años no es muy amplio, los resultados de la mayoría de los estudios incluidos en la actual revisión parecen confirmar la eficacia de las intervenciones en Psicología Positiva tanto para reducir la sintomatología depresiva, como para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico en personas de 60 años o más, confirmando los resultados encontrados en población adulta (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Coto-Lesmes et al., 2020; Hendriks et al., 2020; Hoppen y Morina, 2021; McTiernan et al., 2022; Schutte y Malouff, 2019). Cuando el foco se sitúa en el tipo de intervención, los trabajos muestran que, bajo la denominación de intervenciones en psicología positiva, se incluyen actuaciones de distinto tipo, tal es el caso de programas de intervención en bienestar, entrenamiento en fortalezas del carácter o mindfulness. Los programas que han entrenado el bienestar logran reducir la sintomatología depresiva, e incrementar el bienestar subjetivo y/o el psicológico, tanto en comparación con grupos de control activos como pasivos (Bartholomaeus et al., 2019; Cantarella et al. 2017; Cuadra-Peralta et al., 2012; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; von Humboldt y Leal, 2013). El entrenamiento conjunto de varias fortalezas incrementa el bienestar subjetivo en todos los estudios que lo incluyen, pero solo en uno de ellos se logran además aumentos superiores a los de otros grupos de control en bienestar psicológico y mayores reducciones en sintomatología depresiva (Avia et al., 2012; Durgante et al., 2022; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014). Por su parte, el entrenamiento en gratitud parece incidir más positivamente en el bienestar psicológico y subjetivo que otro tipo de intervenciones (Chamorro-Garrido et al., 2021; Killen y Macaskil, 2014; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2018), el saboreo y el optimismo influyen especialmente sobre la sintomatología depresiva y el bienestar subjetivo, y el sentido del humor incrementa el bienestar y disminuye los síntomas depresivos (Chamorro-Garrido et al., 2021; Giapraiki et al., 2020; Salces-Cubero et al., 2018; Sturm et al., 2022). Por último, la intervención mediante mindfulness se relaciona con una mayor disminución de la sintomatología depresiva y un aumento del bienestar subjetivo cuando se comparan sus resultados con

los obtenidos en grupos de control de lista de espera (Oken et al., 2017; Perez-Blasco et al., 2016). En conjunto, parece que distintas intervenciones de Psicología Positiva son eficaces para disminuir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar, aunque los resultados son más consistentes cuando se entrena en bienestar y cuando forman parte del entrenamiento las fortalezas de gratitud y perdón, debido al mayor número de estudios que las incluyen. Por tanto, un entrenamiento de estas características se constituye en un elemento de vital importancia para promocionar la salud y el bienestar de las personas mayores, al tiempo que se aborda el estudio de los efectos únicos o conjuntos de otras fortalezas sobre la sintomatología depresiva y el bienestar.

En conclusión, aunque los resultados son preliminares y tienen que ser tomados con cautela, aportan una visión global de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva realizadas con personas mayores de 60 años. Así, las intervenciones en Psicología Positiva pueden complementar a otros tratamientos más tradicionales, en la búsqueda del logro de terapias más eficaces para mejorar la salud mental y la calidad de vida de estas personas.

Limitaciones y Direcciones Futuras

Solo 18 estudios han abordado la eficacia de una intervención en Psicología Positiva para reducir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar en personas de 60 o más años, en comparación con otros grupos de control. De estos, solo 6 son de alta calidad, al basarse en diseños de ensayos clínicos aleatorizados; por tanto, aunque es importante llevar a cabo más estudios empíricos que demuestren la eficacia de este tipo de intervenciones con esta población, se requiere especialmente la realización de este segundo tipo de estudios.

En futuras investigaciones que vayan a realizarse en este ámbito hay que considerar que han sido pocos los estudios que incluyen un seguimiento de los efectos de la intervención, por lo que este aspecto debe ser tenido en consideración. Además, mejorar la sintomatología depresiva y el bienestar en personas mayores puede constituir un esfuerzo significativo y, a través del desarrollo de un metanálisis de los datos ofrecidos por los estudios incluidos en este trabajo puede mostrarse que las intervenciones psicológicas basadas en la Psicología Positiva son efectivas en este sentido, por lo que sería recomendable la realización de un estudio metanalítico de estas características. Así mismo, no existe un método confiable para buscar palabras clave; no obstante, en el futuro, palabras como "gerontology" podrían utilizarse como términos de búsqueda además de los empleados aquí. A pesar de estas limitaciones, este estudio puede constituir una base sólida

para realizar investigaciones de mayor calidad al considerar intervenciones para adultos que padecen sintomatología depresiva.

Principales conclusiones y aportes del estudio

Este estudio ha concretado que el efecto de las intervenciones basadas en Psicología Positiva posee un impacto en la reducción de la sintomatología depresiva y un consiguiente aumento del bienestar. Tales intervenciones poseen un doble enfoque de aplicación en tratamientos y un carácter preventivo ante la aparición de sintomatología de desajuste emocional en personas mayores. Además, este estudio muestra una perspectiva global completa sobre el marco científico de las intervenciones en Psicología Positiva que servirá de referencia a los nuevos tratamientos terapéuticos y estudios sobre la fiabilidad de estos.

Referencias

- Acosta-Quiroz, C.O., Tánori-Quintana, J., García-Flores, R., Echeverría-Castro, S.B., Vales-García, J.J. y Rubio-Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 27(2), 179-188. <https://tinyurl.com/3zcf2u9>
- Avia, M. D., Martínez-Martí, M. L., Rey-Abad, M., Ruiz, M. Á. y Carrasco, I. (2012). Evaluación de un programa de revisión de vida positivo en dos muestras de personas mayores. *Revista de psicología social*, 27(2), 141-156. <https://doi.org/gqwtvw>
- Azeem, F. y Naz, M. A. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan journal of psychological research*, 30(1), 111-130
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II* (2a ed.). Pearson.
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Bartholomaeus, J. D., Van Agteren, J.E.M., Iasiello, M. P., Jarden, A. y Kelly, D. (2019). Positive aging: The impact of a community Wellbeing and resilience program. *Clinical gerontologist*, 42(4), 377-386. <https://doi.org/gq32hs>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13: 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

- Bray, I. y Gunnell, D. (2006). Suicides rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Social psychiatry & psychiatric epidemiology*, 41(5), 333-337. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0049-z>
- Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C. y De Beni, R. (2017). Benefits of well-being training in healthy older adults. *Applied psychology: Health and well-being*, 9(3), 261-284. <https://doi.org/10.1111/aphw.12091>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinsellaigh, E. y O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology intervention: A systematic review and meta-analysis. *The journal of positive psychology*, 16(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K. y Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M. y Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18: 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chamorro-Garrido, A. (2017). *Memoria autobiográfica, gratitud, perdón y sentido del humor: una intervención en personas mayores* [Tesis de Doctorado, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional de Producción Científica de la Universidad de Jaén. <https://tinyurl.com/mt7aa72x>
- Chamorro-Garrido, A., Ramírez-Fernández, E. y Ortega-Martínez, A. R. (2021). Autobiographical memory, gratitude, forgiveness and sense of humor: An intervention in older adults. *Frontiers in Psychology*, 12:731319. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.731319>
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cisneros, G. E. y Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista española de geriatría y gerontología*, 54(1), 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Pineda, M., Kadolph, J. y Bell, H. (2013). Depression in older adults: A meta-synthesis. *Journal of gerontological social work*, 56(6), 509-534. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.811144>

- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P. y Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexao e critica*, 25(4), 644-652. <https://doi.org/ghcm7g>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D. y Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, otherpsychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22, 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.2106>
- Diener, E. y Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 17(1), 304-328. <https://tinyurl.com/3r5kmtaj>
- Durgante, H. B., Bedin-Tomasi, L. M., Pedroso de Lima, M. M. y Dalbosco Dell'Aglio, D. (2022). Long-Term Effects and Impact of a positive psychology intervention for brazilian retirees. *Current Psychology*, 41, 1504-1515. <https://doi.org/kftz>
- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G. y Neufeld, C. B. (2021). Strengths based character education for the Elderly: A quasi-experimental study. *School and developmental psychology*, 37: 372120. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e372120>
- Friedman, E. M. y 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>
- Giapraki, M., Moraitou, D., Pezirkianidis, C. y Stalikas, A. (2020). Humor in aging: is it able to enhance wellbeing in community dwelling older adults? *Psychologia: to periodiko tis Ellinikis Psychologikis Etaireias*, 25(1), 128-150. <https://doi.org/kft4>
- Greenawalt, K. E., Orsega-Smith, E., Turner, J. L., Goodwin, S. y Rathie, E. J. (2019). The impact of "The Art of Happiness" class on community dwelling older adults: A positive psychology intervention. *Activities, adaptation & aging*, 43(2), 118-132. <https://doi.org/10.1080/01924788.2018.1493898>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J. y Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of happiness studies*, 21(1), 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>

- Ho, H. C., Yeung, D. Y. 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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.88857>
- Hoppen, T. H. y Morina, N. (2021). Efficacy of positive psychotherapy in reducing negative and enhancing positive psychological outcomes: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open, 11*(99): e046017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>
- Iwano, S., Kambara, K. y Aoki, S. (2022). Psychological Interventions for well-being in healthy older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of happiness studies, 23*, 2389-2403. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00497-3>
- Jackson, H. y MacLeod, A. K. (2016). Well-being in chronic fatigue syndrome: relationship to symptoms and psychological distress. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(4), 859-869. <https://doi.org/10.1002/cpp.2051>
- Jiménez, M. G., Izal, M. y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica, 23*(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B. y Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 69*(6), 930-941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>
- Keyes, C. L., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology, 82*(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Killen, A. y Macaskil, A. (2014). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of happiness studies, 16*, 947-964. <https://doi.org/ghcbg4>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Book.
- Lelkes, O. (2008). *Happiness across the life cycle: Exploring age-specific preferences*. European Centre for Social Policy and Research.
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of abnormal psychology, 84*(6), 729-731. <https://doi.org/dj7vft>
- Luciano, C. y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo, 27*(2), 79-91. <https://tinyurl.com/casbn8uu>
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H. y Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and

meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

McTiernan, K., Gullon-Scott, F. y Dudley, R. (2022). Do positive psychology interventions impact on the subjective wellbeing and depression of clients? A systematic methodological review. *Journal of contemporary psychotherapy*, 52, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09522-7>

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M. y Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1): 1. <https://doi.org/gcsk56>

Nicholson, A., Kuper, H. y Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European heart journal*, 27(23), 2763-2774. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl338>

Oken, B. S., Wahbeh, H., Goodrich, E., Klee, D., Memmott, T., Miller, M. y Fu, R. (2017). Meditation in stressed older adults: Improvements in self-rated mental health not paralleled by improvements in cognitive function or physiological measures. *Mindfulness*, 8, 627-638. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0640-7>

Palma-Ayllón, E. y Escarabajal-Arrieta, M.D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/kft5>

Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical gerontologist*, 39(2), 90-103. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 89-115. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R. M., Alcañiz, M., Castilla, D. y 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. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702726>

Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. y Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & mental health*, 18(8), 997-1005. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.899978>

- Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., y Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging & mental health*, 18(4), 463-470. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.856858>
- Ramsey, M. y Gentzler, A. (2014). Age differences in subjective well-being across adulthood: The roles of savoring and future time perspective. *International journal of aging and human development*, 78(1), 3-22. <https://doi.org/10.2190/AG.78.1.b>
- Rey, L. y Extremera, N. (2016). Agreeableness and interpersonal forgiveness in young adults: the moderating role of gender. *Terapia psicológica*, 34(2), 103-110. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082016000200003>
- Rey, L., Valverde, M. y Extremera, N. (3 y 4 de octubre de 2013). *Tendencia hacia el perdón y calidad de vida en personas mayores: el papel mediador de las estrategias de regulación cognitiva-emocional* [Poster]. IV Jornadas "Emociones y Bienestar" Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Madrid, España. <https://tinyurl.com/yc6smcv6>
- Rivas, M., Nuevo, R. y Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Subclinical depression in Spain: prevalence and health impact. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 4(3), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.05.005>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The american psychological association*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sadler, M. E., Miller, C. J., Christensen, K. y McGue, M. (2011). Subjective wellbeing and longevity: A co-twin control study. *Twin research and human genetics*, 14(3), 249-256. <https://doi.org/10.1375/twin.14.3.249>
- Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E. y Ortega-Martínez, A. R. (2018). Strengths in older adults: Differential effect of savoring, gratitude and optimism on well-being. *Aging & mental health*, 23(8), 1017-1024. <https://doi.org/gf36mn>
- Schueller, S. M. y Parks, A. C. (2014). The science of self-help: Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European psychologist*, 19(2), 145-155. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000181>
- Schutte, N. S. y Malouff, J. M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A Meta analysis. *Journal of happiness studies*, 20(4), 1179-1196. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2>

- Sutipan, P., Intarakamhang, U. y Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of happiness studies*, 18, 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Steptoe, A., Deaton, A. y Stone, A. A. (2014). 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)
- Sturm, V. E., Datta, S., Roy, A. R. K., Sible, I. J., Kosik, E. L., Veziris, C. R., Chow, T. E., Morris, N. A., Neuhaus, J., Kramer, J. H., Miller, B. L., Holley, S. R. y Keltner, D. (2022). Big smile, small self: Awe walks promote prosocial positive emotions in older adults. *Emotion*, 22(5), 1044-1058. <https://doi.org/10.1037/emo0000876>
- Valko, M., Leibfritz, D., Moncol, J., Cronin, M. T., Mazur, M., y Telser, J. (2007). Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 39(1), 44-84. <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2006.07.001>
- Von Humboldt, S. y Leal, I. (2013). The promotion of older adults' sense of coherence through person-centered therapy: A randomized controlled pilot study. *Interdisciplinaria*, 30(2), 235-251. <https://doi.org/10.16888/interd.2013.30.2.4>
- 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(1), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.01.007>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. WHO. <https://tinyurl.com/mv277ccy>

Para citar en APA

López-Linares, S., García-León, A. y Sánchez-Álvarez, N. (2023). Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022). *Terapia Psicológica (En línea)*, 41(1), 111-136. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000100111>

ANEXO 2

Título: Personal Strengths-Based Interventions to Reduce Depression: A Meta-Analysis of Intervention Versus Control Group Studies.

Autores: López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N.

Publicación: *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2023 (en revisión).

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (RIPS)

rips@cop.es <rips@cop.es>
Para: sl100009@red.ujaen.es

13 de abril de 2023, 17:04

Estimado/a colega:

Por la presente, acusamos recibo de su manuscrito, cuya referencia aparece debajo, remitido para su posible publicación en "Revista Iberoamericana de Psicología y Salud". Le agradecemos que haya elegido nuestra revista como medio de publicación de sus trabajos.

Puede consultar el estado de su artículo desde <http://articulos.rips.cop.es/enlaces2/estado.aspx> introduciendo el código que le proporcionamos al final de este mail.

Atentamente le saluda,

Ramón G. Cabanach
Director

41/2023 Intervenciones basadas en fortalezas personales para reducir la depresión: Un metanálisis de estudios de grupos de intervención versus grupos de control

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (RIPS)
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
[Conde de Peñalver 45](#), 5ª planta izquierda
28006 Madrid (España)
Tel.: +34 91 444 90 20
E-mail: rips@cop.es
www.rips.cop.es

REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD



 English  Español

Estado de su artículo: Intervenciones basadas en fortalezas personales para reducir la depresión: Un metanálisis de estudios de grupos de intervención versus grupos de control

Su artículo se encuentra actualmente en el estado de:

En revisión

Personal Strengths-Based Interventions to Reduce Depression:

A Meta-Analysis of Intervention Versus Control Group Studies

Abstract

Background: A growing body of research has analyzed personal character strengths-based interventions on depressive symptomatology. The current meta-analysis aimed to quantify the effectiveness of personal character strengths-based interventions on depressive symptomatology, comparing personal character strengths-based interventions and non-intervention control conditions. **Method:** A comprehensive search strategy identified relevant studies in PsycINFO, Pubmed, Proquest, PsycArticle, and Google Scholar. The final sample included 27 independent samples, totaling 3160 participants. **Results:** The results of random-effects meta-analysis confirmed a statistically significant effect of personal character strengths-based interventions on depressive symptomatology across studies with pre–post-treatment and control groups. Inter-study heterogeneity was moderated and explained by differences in the type of character strengths-based interventions and the participants' sociodemographic status. **Conclusion:** The character strengths considered in the interventions included in this review were mindfulness, gratitude, optimism, forgiveness, and humour. The results are

discussed within the extant literature on the effectiveness of personal character strengths-based interventions for treating depressive symptomatology.

Keywords: positive intervention, positive psychology, personal strengths, depression, meta-analysis.

Intervenciones basadas en fortalezas personales para reducir la depresión: Un metanálisis de estudios de grupos de intervención versus grupos de control

Resumen

Antecedentes: Un creciente cuerpo de investigación ha analizado las intervenciones basadas en fortalezas personales sobre la sintomatología depresiva. El meta-análisis actual tuvo como objetivo cuantificar la eficacia de las intervenciones basadas en las fortalezas personales sobre la sintomatología depresiva mediante la comparación de las intervenciones basadas en las fortalezas personales y las condiciones de control sin intervención. **Método:** Una estrategia de búsqueda integral identificó estudios relevantes en PsycINFO, Pubmed, Proquest, PsycArticle, y Google Scholar. La muestra final incluyó 27 muestras independientes, totalizando 3160 participantes. **Resultados:** Los resultados del meta análisis de efectos aleatorios confirmaron un efecto estadísticamente significativo de las intervenciones basadas en las fortalezas personales sobre la sintomatología depresiva en los estudios con grupos de control antes y después del tratamiento. La heterogeneidad entre estudios fue moderada y se explicó por las diferencias en el tipo de intervenciones basadas en las fortalezas del carácter y el estado sociodemográfico de los participantes. **Conclusión:** Las fortalezas personales consideradas en los estudios incluidos en esta revisión fueron mindfulness, gratitud, optimismo, perdón y humor. Los resultados se discuten

dentro de la literatura existente sobre la efectividad de las intervenciones basadas en las fortalezas personales para el tratamiento de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: intervención positiva, psicología positiva, fortalezas personales, depresión, meta-análisis.

Introduction

A growing body of scientific literature shows that mental illness and well-being could be independent mental health constructs (Agteren et al., 2021). People with mental disorders can have negative symptoms related to their illness and high levels of discomfort and dissatisfaction but also be happy and have a satisfactory quality of life. On the other hand, people without mental health problems can be unhappy, dissatisfied with their lives or have lived without meaning and purpose (Judge et al., 2010).

Most psychological intervention treatments have focused on eliminating or reducing negative symptomatology associated with mental illness (Bolier et al., 2013). However, this approach does not imply an increase in well-being and optimal functioning, nor does it contemplate working with non-clinical populations for the future prevention of the disease. Positive psychological interventions (PPIs) have emerged in recent decades. PPIs are treatment methods or intentional activities that aim to cultivate positive feelings, behaviors or cognitions, increasing well-being, happiness, and human flourishing, along with a reduction of negative symptoms (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009).

In this sense, it has been proposed that negative symptomatology with disorders such as depression can be eliminated by building and strengthening pleasurable experiences and increasing engagement and the meaning of life. Thus, Sin and Lyubomirsky (2009) found a decrease in depressive symptomatology after

applying PPIs. Their meta-analytical study was conducted using 25 PPIs with depressed patients, revealing a moderate mean effect size. However, there was considerable heterogeneity among the interventions evaluated: some studies did not utilize PPIs; both randomized controlled and quasi-experimental studies were included; and some studies did not incorporate control groups.

Most recent meta-analyses have increased the number of quality studies that they include, leading to a reduction in the value of the effect size of PPIs for depressive symptomatology. In this regard, Bolier et al. (2013) have performed a meta-analysis with 39 studies, 14 of which measured depressive symptomatology. The mean effect size was small but only included randomized controlled studies. Later, Chakhssi et al. (2018) realized a meta-analysis with 30 studies, 25 measuring depressive symptomatology; it had adult participants with clinical psychiatric or somatic disorders. Again, at post-intervention, the PPIs showed significant, small effect sizes for depressive symptoms. All studies used a control condition. Schutte and Malouff (2019), in a meta-analysis of seven studies that used random assignment to conditions for evaluating depressive symptoms, also found a small effect size. Hendriks et al. (2020), Hoppen and Morina (2021), and Carr et al. (2021) have confirmed previous results in studies with randomized controlled trials. Hendriks et al. (2020) found small standardized mean differences of Hedges' $g = 0.29$ for depression, whereas Hoppen and Morina (2021), and Carr et al. (2021) supported moderate effect sizes for reducing depression.

In summary, although the results support the efficacy of PPIs for depressive symptomatology, there is a great disparity between the PPIs included in the meta-analytical reviews, and their effectiveness is not always evaluated in randomized controlled studies. Furthermore, few studies assess the differential effectiveness of training different personal strengths on depressive symptomatology in relation to a control group.

Present study

This meta-analytical review study intends to increase knowledge on the role shown by positive psychology and, within this, the personal strengths in connection with the depressive symptomatology of different populations. This general aim is addressed through four more specific goals: (a) identify and analyze interventions based on personal strengths in depressive symptomatology; (b) estimate the overall efficacy of interventions based on personal strengths in depressive symptomatology; (c) quantify the effectiveness of interventions based on personal strengths in depressive symptomatology compared to a control group; and (d) examine the effectiveness of the different interventions, grouped by personal strengths, in depressive symptomatology compared to a control group.

Method

Literature search

First, computer literature searches were conducted in September 2019 using PsycINFO, Pubmed, Proquest, PsycArticle, and Google Scholar with the following search terms: ("humor" OR "savoring" OR "positive emotions" OR "gratitude" OR "flow" OR "strengths" OR "optimism" OR "forgiveness") AND ("depressive") AND (interven* OR train* OR program*). The titles and abstracts of the collected articles were scanned, and the reference sections were searched for relevant earlier references using the "cited by" function in Google Scholar to find potentially relevant papers.

Inclusion criteria

To include only studies that address the research questions outlined above, we defined the following inclusion and exclusion criteria for the eligibility of studies:

(a) positive psychology training based on an empirically validated model (psychometrically tested and validated) took place during the study; (b) depression variables were measured pre- and post-training; (c) there were control and intervention comparable groups; (d) individual-level data had to be given or computable; and (e) the depression variable measures had to be of good psychometric quality.

Statistical analysis

Data were analyzed using R version 4.0.0 (R Core Team, 2020) and the package ggplot version 3.2.1 (Wickham, 2016). This study's design and its analysis were not preregistered. Effect sizes were calculated in comparable pre–post-test group differences (treatment versus control groups) by d_{ppc2} to mean differences of groups with unequal samples within a pre-post-control design (Morris, 2008). We used the metafor package (Viechtbauer, 2010) with statistical software R to calculate the different effect sizes for repeated pre- post-test groups. Moreover, a 95% confidence interval (CI) was computed around each mean effect size. Confidence intervals not including zero were interpreted as indicating a statistically detectable result supporting differences between depression scores for the control and intervention groups. Heterogeneity was assessed using the Q statistic (Lipsey & Wilson, 2001), evaluating whether the pooled studies represented a homogeneous

distribution of effect sizes. Significant heterogeneity indicates that variations in effect sizes are likely due to sources other than sampling error. Also reported is the I^2 statistic (Higgins et al., 2003), indicating the proportion of observed variance that reflects real between-study differences in effect size. Furthermore, we evaluated the potential publication bias using Kendall's

Results

Results of the bibliographic review

The search process was carried out to achieve this study's first objective, which was to identify and analyze interventions based on personal strengths in depressive symptomatology. Figure 1 provides a flowchart that visually represents the search process. After duplicate studies were removed, the search produced 10,125 records. Screening of titles and abstracts identified 9846 studies excluded because they involved reviews, comments, letters to the editor, qualitative studies or studies with other variables. This left 279 studies that were examined in full text to identify that they met the inclusion criteria; however, 252 did not comply, leaving a final sample of 27 studies. The kappa test of inter-judgment was used to evaluate the concordance of the results obtained in each article and compliance with the inclusion criteria. The discrepancies found were resolved by discussing the points of disagreement. The results of agreement using the kappa index showed a point of agreement of 0.978, evidencing substantial agreement between the authors. The final sample of 27 independent studies with 30 effect sizes that were analyzed in this meta-analytical review included 3160 participants. The mean age of the

participants across the study collection was 37.90 years, with sample means ranging from 7.30 to 73.79 years.

*****Insert Table 1*****

*****Insert Figure 1*****

Positive Interventions and depressive symptomatology

To estimate the overall efficacy of interventions based on personal strengths in depressive symptomatology, the meta-analytical results of the random-effects model for the studies showed statistically significant results in the heterogeneity test ($Q(29) = 61.55, p < 0.001$). The I^2 indicator was 52.89%, which implied an average heterogeneity. The mean effect of the studies ($K = 30$) using strengths of the intervention was $d = -0.34$, this means being statistically significant ($CI: -0.45, -0.23$). The rank correlation indicated the existence of a significant correlation between effect size and standard error ($\tau = -0.44, p < 0.001$), and Egger's regression model ($Z = -5.56, p < 0.001$) indicated the absence of publication bias. Table 1 reveals the characteristics of the studies.

Positive Interventions and depressive symptomatology: Experimental versus control groups

By quantifying the effectiveness of interventions based on personal strengths in depressive symptomatology compared to a control group, the meta-analytical results of the random-effects model for the studies showed statistically significant

results in the heterogeneity test ($Q(29) = 57182.51, p < 0.001$). The I^2 indicator was 99.95%, which implied high heterogeneity. The mean effect of these studies ($K = 30$) using strengths of the intervention was $d = -2.63$ (95% CI: -2.65, -2.59), this means being statistically non-significant. The rank correlation ($\tau = -0.54, p < 0.001$) and Egger's regression model ($Z = 110.20, p < 0.001$) indicated the absence of publication bias. See Figure 2.

*****Insert Figure 2*****

Experimental versus control groups by personal character strengths

A meta-analytic analysis was carried to quantify the effectiveness of the different interventions grouped by personal character strengths in the depressive symptomatology compared to a control group, out according to the strengths involved in the interventions. First, the studies that included mindfulness in the personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant results in the heterogeneity test ($Q(9) = 32684.37; p < 0.001$). The I^2 indicator was 99.91%, which implied high heterogeneity. Figure 3a shows the mean effect of these studies ($k = 10$) using mindfulness among the strengths of the intervention was $d = -1.73$ (95% CI: -3.81, 0.36), which means being statistically non-significant. The rank correlation ($\tau = -0.51, p = 0.047$) and Egger's regression model ($Z = 1.24, p = 0.213$) indicated possible publication bias.

*****Insert Figure 3a*****

Studies that included gratitude in the personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant heterogeneity test results ($Q(10)= 271.81; p < 0.001$). The I^2 indicator was 96.92%, which implied high heterogeneity. Figure 3b shows the mean effect of these studies ($k = 11$) using gratitude among the intervention's strengths was $d = -0.73$, this mean being statistically significant. The rank correlation ($\tau = -0.38, p = 0.121$) and Egger's regression model ($Z = -1.01, p = 0.316$) indicated the absence of publication bias.

*****Insert Figure 3b*****

The studies that included optimism in the personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant results in the heterogeneity test ($Q(3)= 9736.19; p < 0.001$). The I^2 indicator was 99.94%, which implied high heterogeneity. The mean effect of these studies ($k = 4$) using optimism among the intervention's strengths was $d = -1.96$, this mean being statistically significant. The rank correlation indicated the absence of a significant correlation between effect size and standard error, and Egger's regression model ($Z = 0.466, p = 0.641$) showed possible publication bias.

*****Insert Figure 3c*****

The studies that included forgiveness in the strengths of the personality in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant results in the heterogeneity test ($Q(4)= 162.11; p < 0.001$). The I^2 indicator was 98.90%, which implied high heterogeneity. Figure 3d show the mean effect of these studies ($k = 5$) using forgiveness among the intervention's strengths was $d = -0.88$, this means being statistically non-significant. The rank correlation ($\tau = -0.40, p = 0.483$) indicated the absence of a significant correlation between effect size and standard error, and Egger's regression model ($Z = -0.711, p = 0.477$) showed possible publication bias.

*****Insert Figure 3d*****

The studies that included humor in the personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant results in the heterogeneity test ($Q(2)= 12.97; p = 0.002$). The I^2 indicator was 87.46%, which implied high heterogeneity. The mean effect of the three studies ($k = 3$) using humor among the intervention's strengths was $d = -0.43$, this mean being statistically significant. See Figure 3e. The rank correlation ($\tau = -0.33, p = 1.000$) and Egger's regression model ($Z = -0.691, p = 0.489$) indicated possible publication bias.

*****Insert Figure 3e*****

On the other hand, studies that included savoring in the personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant heterogeneity test results ($Q(2)= 67.14; p < 0.001$). The I^2 indicator was 97.43%, which implied high heterogeneity. The mean effect of the three studies ($k = 3$) using savoring among the intervention's strengths was $d = -0.31$, this mean being statistically significant. See Figure 3f. The rank correlation ($\tau = -0.33, p = 1.000$) and Egger's regression model ($Z = -2.281, p = 0.023$) indicated the absence of publication bias.

*****Insert Figure 3f*****

The studies that included kindness in the personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed statistically significant results in the heterogeneity test ($Q(2)= 41.49; p < 0.001$). The I^2 indicator was 94.39%, which implied high heterogeneity. Figure 3g shows the mean effect of the three studies ($k = 3$) using kindness among the intervention's strengths was $d = -0.69$, this mean being statistically significant. The rank correlation ($\tau = -1.00, p = 0.333$) and Egger's regression model ($Z = -6.435, p < 0.001$) indicated the absence of publication bias.

*****Insert Figure 3g*****

Finally, studies that included personal strengths in their intervention to reduce depressive symptomatology showed a mean effect of the two studies using hope between the intervention's strengths was $d = -1.13$. While only one study

included hope ($d = -1.05$), and another study contained positive emotions ($d = -0.14$) to reduce depression.

Discussion

This meta-analytical review statistically consolidates the results of studies investigating the effect of interventions based on personal strengths. The results of this literature search are based on 27 empirical studies with 30 intervention effect sizes. The findings showed that interventions based on personal strengths had had a significant effect on reducing depressive symptoms. The range of effect sizes was small to moderate (with a mean effect size of -0.34) in decreasing depression levels in the intervention groups compared to the control groups. The mean effect size was highlighted in the reduction of depression with the interventions of the current meta-analysis. This aligns with the findings obtained in the meta-analytical review of Hoppen and Morina (2021) on the efficacy of interventions in moderate positive psychology for reducing negative effects such as depression by comparing intervention to control groups. Other review studies obtained lower results, such as Schutte and Malouff (2019), with a low average effect size, or Bolier et al. (2013), with a similar average effect size. In the same vein, different review papers had more studies included in their analyses, and their results showed the sizes of the effects of interventions in a low range, such as the studies of Hendriks et al. (2020), Chakhssi et al. (2018), and Carr et al. (2021). In short, this review of empirical results highlights the importance of learning to enhance personal strengths to

prevent or reduce negative emotional states. Therefore, it is encouraged to incorporate elements of positive psychology in new-generation therapies to use and train the different personal strengths to decrease depressive symptomatology (Kaya & Tanrıverdi, 2023; Seligman et al., 2005).

Beyond the statistical significance, the interest of the meta-analytical study is the interpretation of the effect sizes to determine if their magnitude significantly impacts the intervention compared with the groups of people who do not receive an intervention. The effect sizes produced by the present meta-analysis can be considered small to medium according to standard criteria (Cohen, 1977). The results included different studies in which randomized controlled trials and control groups ensured the design quality. Research on the effectiveness of psychotherapy based on positive psychology shows that effect sizes are relatively small in high-quality studies compared to low-quality studies, which could also be true for PPIs. In addition, stricter inclusion criteria were applied than those used by Sin and Lyubomirsky (2009), therefore, no studies on related areas, such as life-review therapy, were included. These interventions come from independent research traditions for which several meta-analyses have already established effectiveness.

Finally, meta-analytical analyses of subgroups by personal strength in positive psychology treatment suggest that mindfulness-based interventions have a very beneficial effect on decreasing depressive symptoms. Comparison with previous meta-analytical reviews shows similar findings regarding this type of

intervention (Goldberg et al., 2022; Pérez-Aranda et al., 2021; Taylor et al., 2021), suggesting the relevance of mindfulness training in the treatment of emotional problems, as well as in other disorders (Miyahara et al., 2022; Soriano et al., 2020). When the effect of training on gratitude is analyzed, the analyses indicate that the interventions also benefit the decrease in depressive symptomatology. However, the effect is less than with mindfulness training. Likewise, the results replicate those obtained in previous meta-analytical works in which gratitude has been included (Antoinea et al., 2018; Cheung et al., 2017).

On the other hand, the results show that optimism training can be as effective as mindfulness training for reducing depressive symptoms, ratifying similar results found in previous studies (Chaves et al., 2016; Boselie et al., 2018). Forgiveness also benefits in decreasing depressive symptoms, although of a smaller magnitude than previous strengths. Its effects have also been observed in other meta-analytical reviews where studies were collected in which forgiveness-based training was given (Benn et al., 2012; Liu et al., 2008). Humor can also be used to reduce the symptomatology addressed, as observed in previous studies (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2013; Menéndez-Aller et al., 2020), although its effects are minor. The same is true with taste, which can achieve a small decrease in the levels of depression, according to what was previously found in different studies (Guo et al., 2016; Meyer et al., 2012). Finally, hope has a slightly beneficial effect in decreasing depressive symptoms, which can also be observed in previous studies (Kwok et al., 2016; Meyer et al., 2012).

Implications

The main implication of the results is that interventions aimed at increasing the use of personal strengths may help decrease depression. This study represents the first meta-analysis with an exclusive focus on the effectiveness of interventions based on the potentiation of differentiated personal strengths, obtaining an estimate of the results obtained by different empirical studies on the treatment of personal strengths in an individualized way. This allows a comparison of the average effect sizes obtained by the therapeutic use of particular character strengths.

Limitations

This study has several limitations related to the interpretation of the meta-analysis results. In most outcome categories, analyses were based on only a few effect sizes and were consequently underpowered to detect significant effects. Further studies are needed to examine the impact of interventions based on personal strengths critically. Overall effect sizes for different outcome categories may change, and the effect sizes have been found to be significant in all studies. No longer substantial or insignificant effect sizes may become considerable as more studies are conducted. The small number of effect sizes also makes it difficult to detect the moderating effects of intervention parameters, such as the duration of the intervention. As more studies of strength-based interventions are conducted, it may be possible to identify such moderators. Also, due to the high heterogeneity of the studies, we could not determine the optimal conditions (e.g., the most effective intervention period or the

number of sessions) under which the studies could maximize their effectiveness. Finally, excluding peer-reviewed articles and grey literature could have resulted in bias and possibly the publication bias we found in our research.

Future Directions

These promising findings from consolidating the study results on the impact of PPIs suggest that more research in this area would be beneficial. Such research could replicate the results regarding the effects of personal strengths-based interventions on different populations. A study with participants from different cultures would shed more light on the generalization of the impact of interventions based on personal strengths. Research with participants facing challenges, such as illness or loss, will provide information to those who help people in challenging circumstances. A larger body of research involving different personal strengths and durations of interventions and specific aspects of intervention administration would help identify optimally beneficial intervention conditions. Future studies could investigate the most effective ways to assess outcomes, such as evaluating strengths and depression, in interventions based on personal strengths. Using randomization to the condition would help future studies demonstrate causation. Evaluating the use of personal strengths and the intervention's main objectives would help set the mechanisms that lead to change. Using at least one comparison group that involves positive thinking could also help researchers elucidate the causal mechanisms. For the most helpful assessment of the duration of effects,

retaining most participants until the final evaluation is necessary. Finally, future research could explore effect size mediators such as population age, gender, or other pharmacological interventions or treatments performed in parallel.

In conclusion, the meta-analysis results suggest that interventions based on encouraging and promoting personal strengths can have a beneficial impact. The beneficial effects demonstrated by the evaluated studies warrant further research in this area and also the different use of these interventions. Due heterogeneity of the results between the studies included in this review, further homogeneous studies would be needed to assess the efficacy of IPP in the population for benefits.

Data Availability Statement

The datasets generated during and/or analyzed during the current study are available from the corresponding authors upon reasonable request.

Compliance with Ethical Statement

Ethical Approval Statement

This study has not required ethical approval for its performance.

Conflict of Interest

On behalf of all authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest.

Informed Consent

In this study, it was not necessary to obtain informed consent.

References

References marked with an asterisk (*) belong to the studies included in the meta-analysis.

Agteren, J. V., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental well-being. *Nature Human Behaviour*, 5(5), 631-652, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>

*Antoinea, P., Dauvierb, B., Andreottia, E., & Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122, 140-147, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.024>

*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, <https://doi.org/10.1177/0011000010397554>

*Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48(5), 1476-1487, <https://doi.org/10.1037/a0027537>

- 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*, *1*, 1–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- *Boselie, J. J. L. M., Vancleef, L. M. G., & Peters, M. L. (2018). Filling the glass: Effects of a positive psychology intervention on executive task performance in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, *22*, 1268-1280, <https://doi.org/10.1002/ejp.1214>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology intervention: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, *16*(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*:211, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- *Chaves, C., Vázquez, C., & Hervás, G. (2016). Positive interventions in seriously-ill children: Effects on well-being after granting a wish. *Journal of Health Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1177/1359105314567768>

- *Cheung, E. O., Cohn, M. A., Dunn, L. B., Melisko, M. E., Morgan, S., Penedo, F. J., Salsman, J. M., Shumay, D. M., & Moskowitz, J. T. (2017). A randomized pilot trial of a positive affect skill intervention (lessons in linking affect and coping) for women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, *26*, 2101–2108. <https://doi.org/10.1002/pon.4312>
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. NY: Academ.
- *Crescentini, C., Capurso, V., Furlan S., & Fabbro, F. (2016). Mindfulness-Oriented Meditation for Primary School Children: Effects on Attention and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, *7*:805. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00805>
- *Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2018). A placebo-controlled online study on potential mediators of a pleasure-based Positive Psychology intervention: The role of emotional and cognitive components. *Journal of Happiness Studies*, *19*, 2035-2048. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9909-3>
- *Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., Van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 618-628. <https://doi.org/10.1037/a0024595>

Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The Empirical Status of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review of 44 Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108–130.
<https://doi.org/10.1177/1745691620968771>

*Guo, Y-F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J-P. (2016). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383. <https://doi.org/10.1111/inm.12255>

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357-390.
<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>

Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327(7414), 557–560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>

*Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M. F. (2010). Humorthérapie bei alten Menschen mit einer Depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 42-52. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0086-9>

- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2021). Efficacy of positive psychotherapy in reducing negative and enhancing positive psychological outcomes: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, *11*(9), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>
- Judge, T. A., Ilies, R., & Dimotakis, N. (2010). Are health and happiness the product of wisdom? The relationship of general mental ability to educational and occupational attainment, health, and well-being. *Journal of Applied Psychology*, *95*(3), 454. <https://doi.org/10.1037/a0019084>
- Kaya, R., & Tanriverdi, D. (2023). The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04244-6>
- *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*, 850-857. <https://doi.org/10.1002/gps.3893>
- *Kwok, S., Gu, M., & Kit, K. (2016). Positive Psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1049731516629799>
- Lipsey, W., & Wilson, D. (2001). *Practical Meta-Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- *Liu, C. J., Hsiung, P. C., Chang, K. J., Liu, Y. F., Wang, K. C., Hsiao, F. H., Ng, S. M., & Chan, C. L. W. (2008). A study on the efficacy of body–mind–spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 2539-2549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02296.x>
- *Lo, H. M. L., Chan, S. K. C. C., Szeto, M. P., Chan, C. Y. H. C., & Choi, C.W. (2017). A feasibility study of a brief mindfulness-based program for parents of preschool children with developmental disabilities. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0741-y>
- Menéndez-Aller, A., Postigo, A., Montes-Álvarez, P., González-Primo, F. J., & García-Cueto, E. (2020). Humor as a protective factor against anxiety and depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *20*, 38-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.12.002>
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, *7*(3), 239-248. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2012.677467>
- Miyahara, M., Wilson, R., Pocock, T., Kano, T., & Fukuhara, H. (2022). How does brief guided mindfulness meditation enhance empathic concern in novice meditators?: A pilot test of the suggestion hypothesis vs. the mindfulness hypothesis. *Current Psychology*, *41*, 3958–3969. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-020-00881-3>

- *Mongrain, M., Komeylian, Z., & Barnhart, R. (2015). Happiness vs. mindfulness exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 11(4), 366-377.
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1092569>
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect Sizes From Pretest-Posttest-Control Groups Design. *Organizational Research Methods*, 11(2), 364–386.
<https://doi.org/10.1177/1094428106291059>
- *O'Leary, K., & Dockray, S. (2015). The effects of two novel Gratitude and Mindfulness interventions on well-being. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(4), 243-245.
<https://doi.org/10.1089/acm.2014.0119>
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., López-del-Hoyo, Y., & Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100229. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
- R Core Team (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2020-08-24).

- *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>
- *Rye, M. S., Pan, W., Shogren, K. A., Pargament, K. I., Yingling, D. W., & Ito, M. (2005). Can group interventions facilitate forgiveness of an ex-spouse? A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 880-892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.880>
- *Sanjuán, P., Montalbetti, T., Pérez-García, A. M., & Bermúdez, J. (2016). A randomised trial of a Positive Intervention to promote Well-Being in cardiac patients. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *8*(1), 64-84. <https://doi.org/10.1111/aphw.12062>
- *Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental psychology*, *51*(1), 52-66. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038454>
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2019). The Impact of Signature Character Strengths Interventions: A Meta - analysis. *Journal of Happiness Studies*, *20*(4), 1179–1196. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2>

- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Parck, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress empirical validation of interventions. *Positive Psychology*, 42, 874–884. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>
- *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, 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>
- 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>
- Soriano, J. G., Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M., Gázquez, J. J., Tortosa, B. M., & González, A. (2020). Beneficios de las intervenciones basadas en la atención plena para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños y adolescentes: Metaanálisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 42-53. <https://doi.org/10.23923/j.riips.2020.01.034>

- *Taylor, C. T., Lyubomirsky, S., & Stein, M. B. (2017). Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. *Depression and Anxiety*, 34(3), 267-280.
<https://doi.org/10.1002/da.22593>
- Taylor, H., Strauss, C., & Cavanagh, K. (2021). Can a little bit of mindfulness do you good? A systematic review and meta-analyses of unguided mindfulness-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 89, 102078.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102078>
- *Toepfer, S. M., Cichy, K., & Peters, P. (2012). Letters of Gratitude: Further evidence for author benefits. *Journal of Happiness Studies*, 13, 187-201.
<https://doi.org/10.1007/s10902-011-9257-7>
- *Van Gordon, W., Shonin, E., Sumich, A., Sundin, E., & Griffiths, M. D. (2013). Meditation Awareness Training (MAT) for psychological well-being in a sub-clinical sample of university students: A controlled pilot study. *Mindfulness*, 5, 381-391. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0191-5>
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting Meta-analysis in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1-48.
<https://doi.org/10.1103/PhysRevB.91.121108>
- Wickham, H. (2016). Data analysis. In *ggplot2* (pp. 189-201). Springer, Cham.

*Zhang, T. Z., Fu, H., & Wan, Y. W. (2014). The application of group Forgiveness intervention for courtship-hurt college students: A chinese perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 64(5), 298-320.
<https://doi.org/10.1521/ijgp.2014.64.3.298>

Figure captions

Figure 1. Flowchart on study selection

Figure 2. Forest plot for effects of interventions studies.

Figure 3. Forest plot for analysis of: (a) mindfulness; (b) gratitude; (c) optimism; (d) forgiveness; (e) humour; (f) savour; (g) kindness interventions studies.

Table 1. Characteristics of PPI intervention versus control trials.

Authors (Year)	Depression measure	Positive Intervention	Session number	Mean Age	Control group	N
Antoine et al. (2018)	BDI	Savour, Gratitude, Mindfulness	6	37,00	No intervention	Ne= 59 Nc= 43
Baskin et al. (2011)	BDI-II	Forgiveness	6	44,50	Waiting list	Ne= 54 Nc= 58
Benn et al. (2012)	CES-D	Mindfulness	11	46,30	Waiting list	Ne= 30 Nc= 29
Boselie et al. (2018)	HADS	Optimism, Savour	8	44,63	Waiting list	Ne= 56 Nc= 34
Chaves, et al. (2015)	CES-D	Gratitude	1	11,75	Waiting list	Ne= 41 Nc= 37
Cheung et al. (2017)	CES-D	Savour, Gratitude, Humor, Kindness	5	53,35	Qualitative and quantitative questions centered on: life history, use of alternative medicine, diet and exercise, social networks, and meaning and spirituality	Ne= 26 Nc= 13
Crescentini et al. (2016)	SMFQ	Mindfulness	24	7,30	Emotion awareness without meditation exercises	Ne= 16 Nc= 16
Gander et al. (2018)	CES-D	Positive emotions	1	48,16	Placebo	Ne= 119 Nc= 143
Geschwind et al. (2011)	IDS-SR	Mindfulness	8	43,49	Waiting list	Ne= 63 Nc= 66
Guo et al. (2016)	BDI-II	Savour, Gratitude	8	20,39	Waiting list	Ne= 34 Nc= 42
Hirsch et al. (2010)	BDI-II	Humor	8	73,79	Usual care	Ne= 52 Nc= 38
Konradt et al. (2013)	GDS	Humor	8	70,00	Usual care	Ne= 49 Nc= 50
Kwok et al. (2016)	HADS	Gratitude Hope	8	10,40	No intervention	Ne= 34 Nc= 34
Liu et al. (2008)	BDI-II	Forgiveness	10	49,00	Usual care	Ne= 12 Nc= 16

Lo et al. (2017)	CES-D	Mindfulness	6	39,00	No intervention	Ne= 91 Nc= 89
Mongrain et al. (2015) ¹	CES-D	Optimism	3	32,64	Exercise Diary	Ne= 265 Nc= 241
Mongrain et al. (2015) ²	CES-D	Mindfulness	3	32,64	Exercise Diary	Ne= 235 Nc= 241
O'Leary & Dockray (2015) ¹	EDS	Gratitude	12	28,35	Waiting list	Ne= 15 Nc= 7
O'Leary & Dockray (2015) ²	EDS	Mindfulness	12	28,35	Waiting list	Ne= 13 Nc= 7
Ramírez et al. (2014)	BDI	Forgiveness, Gratitude	9	71,18	Placebo	Ne= 26 Nc= 20
Rye et al. (2005)	BDI	Forgiveness	8	45,48	No intervention	Ne= 49 Nc= 50
Sanjuan et al. (2016)	SCL-90-R	Gratitude, Kindness	4	54,40	Waiting list	Ne= 50 Nc= 43
Schonert-Reichl et al. (2015)	SPQC	Mindfulness	12	10,24	Social Responsibility Program	Ne= 48 Nc= 51
Senf & Liau (2013) ¹	CES-D	Gratitude	1	56,50	No intervention	Ne= 34 Nc= 42
Senf & Liau (2013) ²	CES-D	Strengths	1	56,50	No intervention	Ne= 39 Nc= 42
Sergeant & Mongrain (2014)	CES-D	Optimism	3	32,75	Daily activities	Ne= 253 Nc= 213
Taylor et al. (2017)	BDI-II	Optimism, Gratitude, Strengths, Kindness	10	29,40	Waiting list	Ne= 16 Nc= 13
Toepfer et al. (2012)	CES-D	Gratitude	1	25,70	No writing letters of gratitude	Ne= 105 Nc= 78
Van Gordon et al. (2013)	DASS	Mindfulness	8	30,27	No intervention	Ne= 11 Nc= 11
Zhang et al. (2014)	BDI	Forgiveness	6	22,10	No intervention	Ne= 10 Nc= 11

Abbreviations. BDI = Beck Depression Inventory. CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale. HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale. SMFQ = Short Mood and Feelings Questionnaire. IDS-SR = Inventory of Depressive Symptoms, Self-Rating. GDS = Geriatric Depression Scale. EDS = Edinburgh Depression Scale. SCL-90-R = Symptoms Check List Revised. SPQC = Seattle Personality Questionnaire for Children. DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale. Ne= number of subjects in experimental group. Nc = number of subjects in control group.

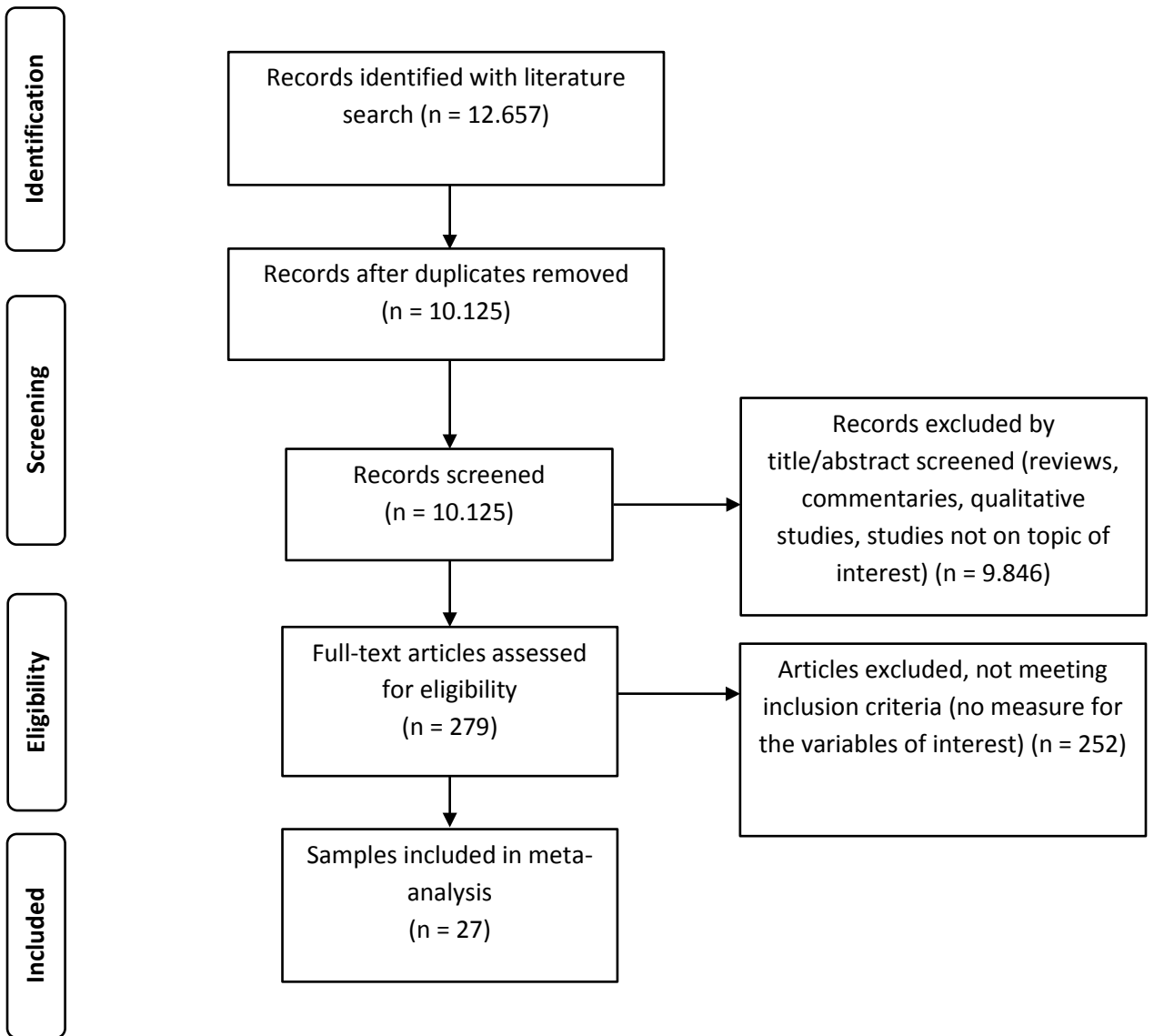


Figure 1. Flowchart on study selection.

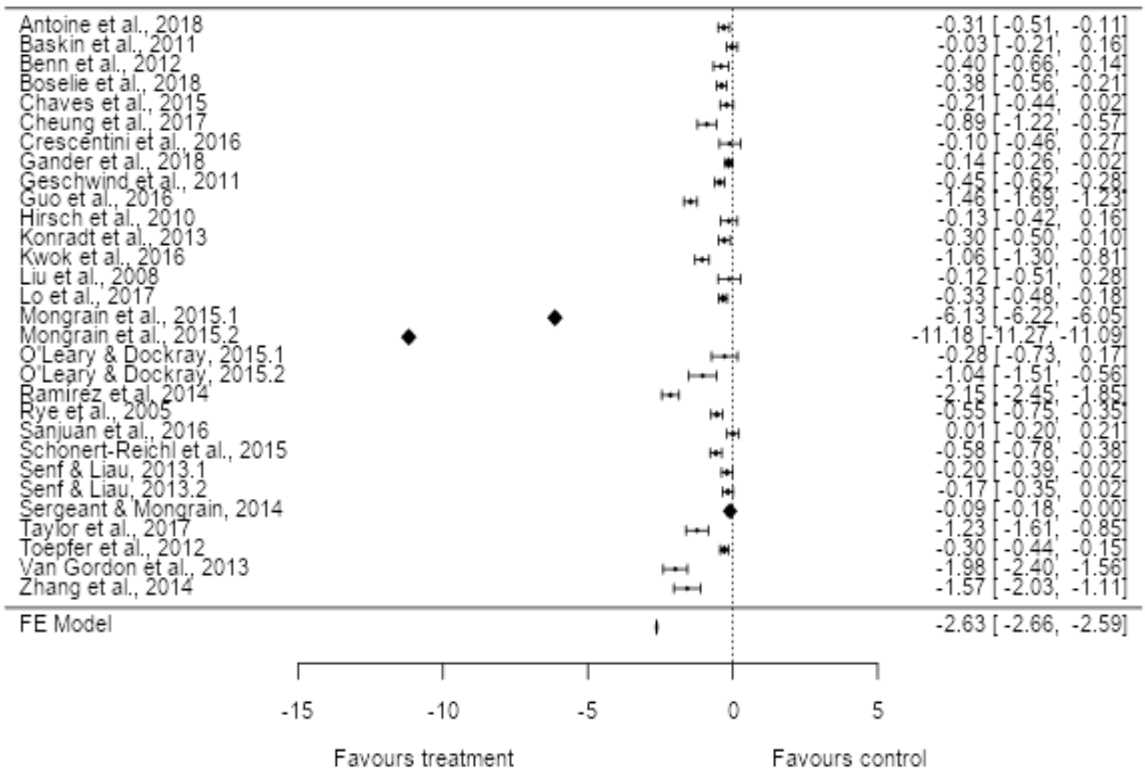


Figure 2. Forest plot for effects of interventions studies.

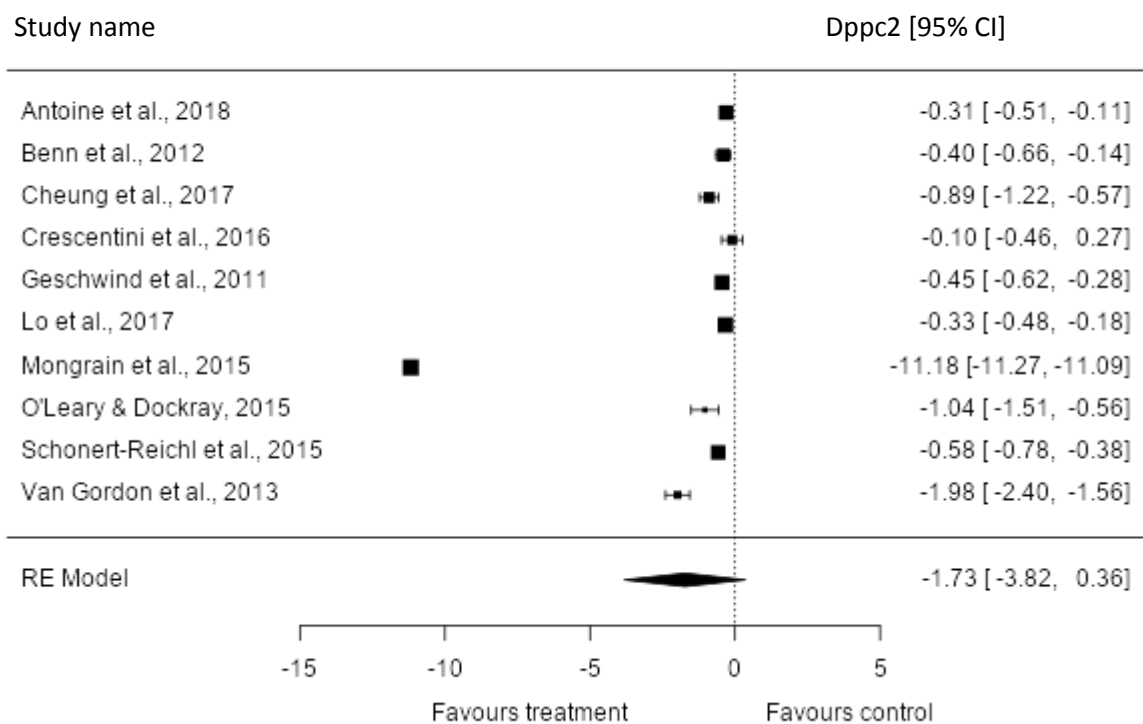


Figure 3a. Forest plot for analysis of mindfulness interventions studies.

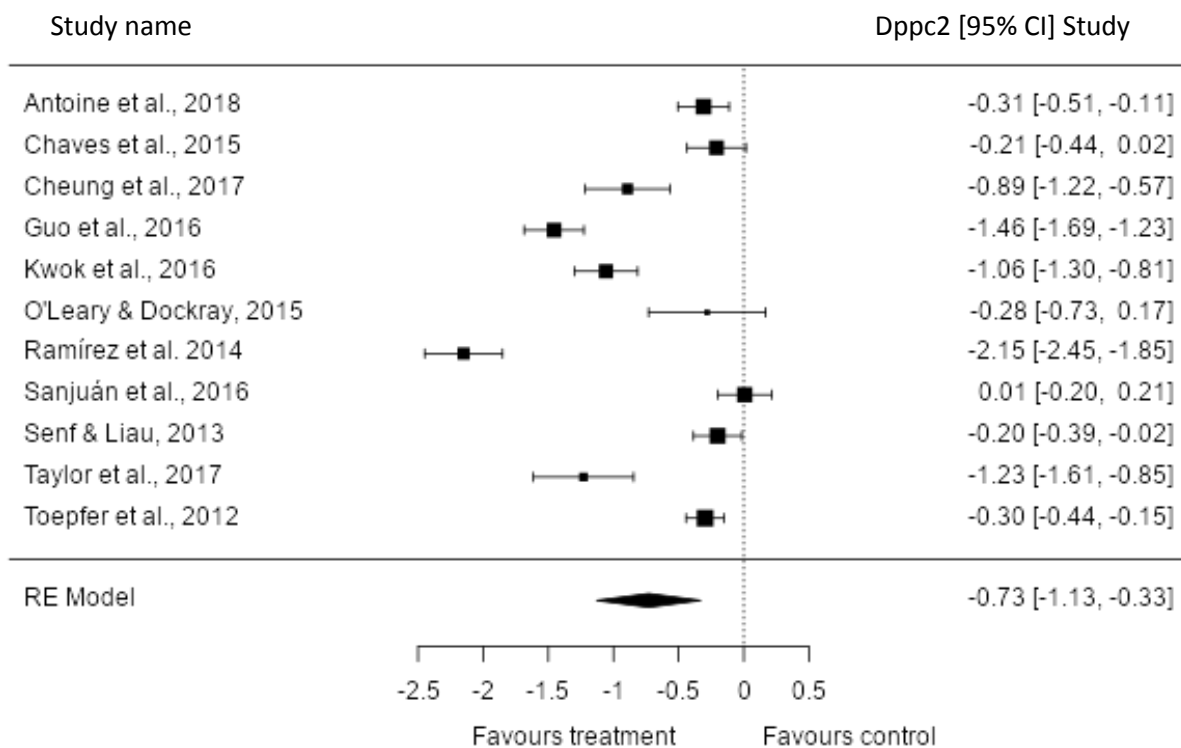


Figure 3b. Forest plot for analysis of gratitude interventions studies.

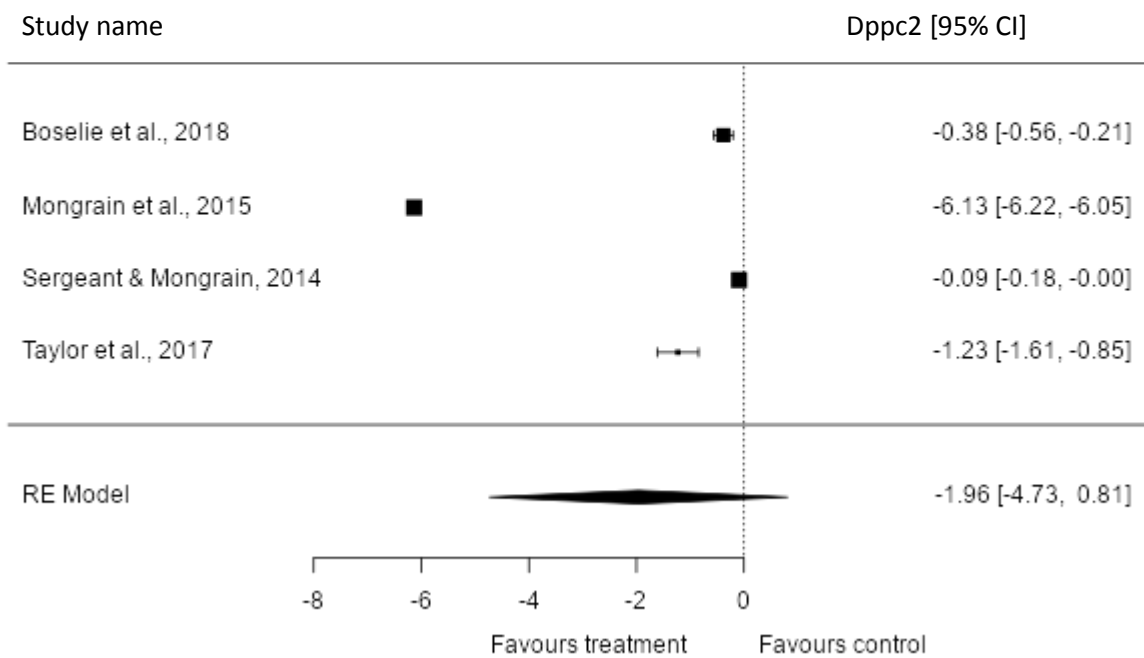


Figure 3c. Forest plot for analysis of optimism interventions studies.

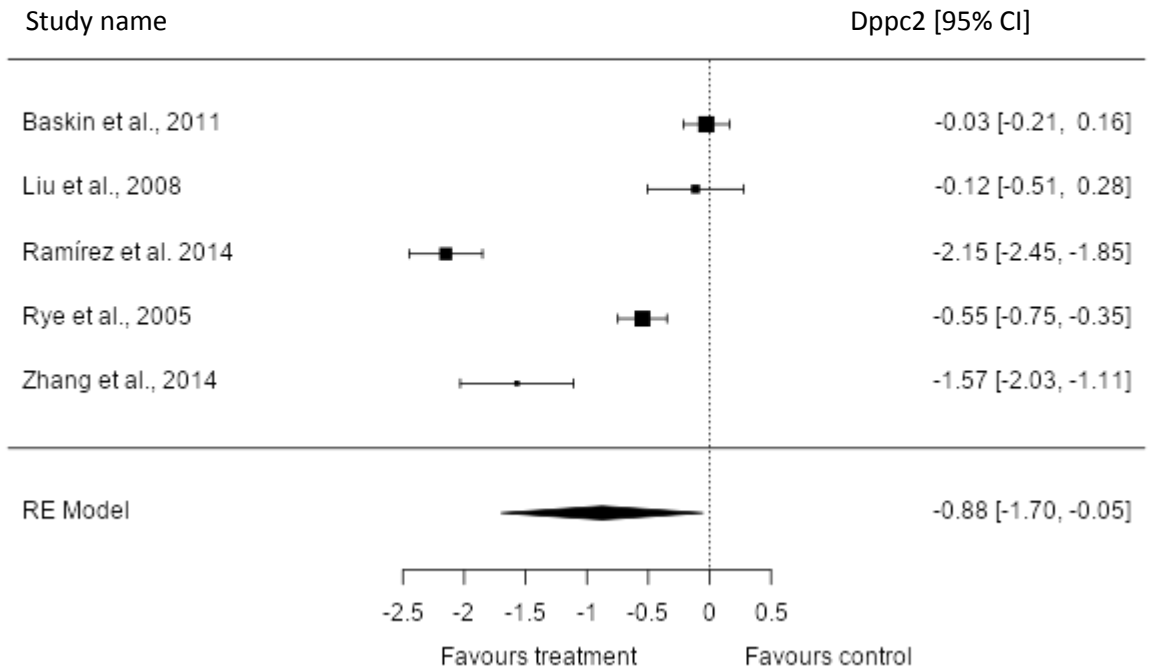


Figure 3d. Forest plot for analysis of forgiveness interventions studies.

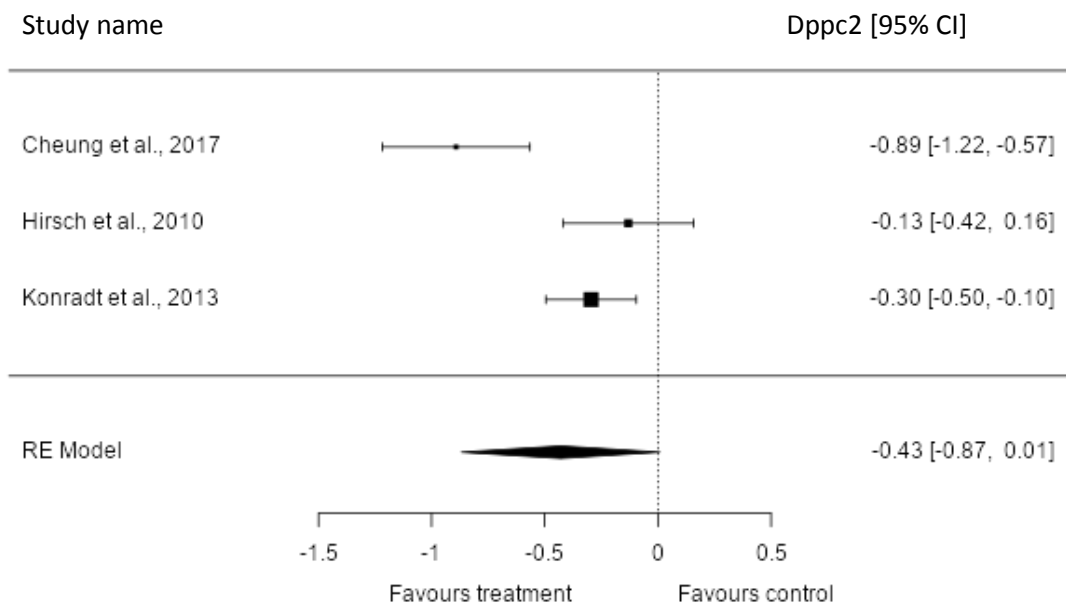


Figure 3e. Forest plot for analysis of humour interventions studies.

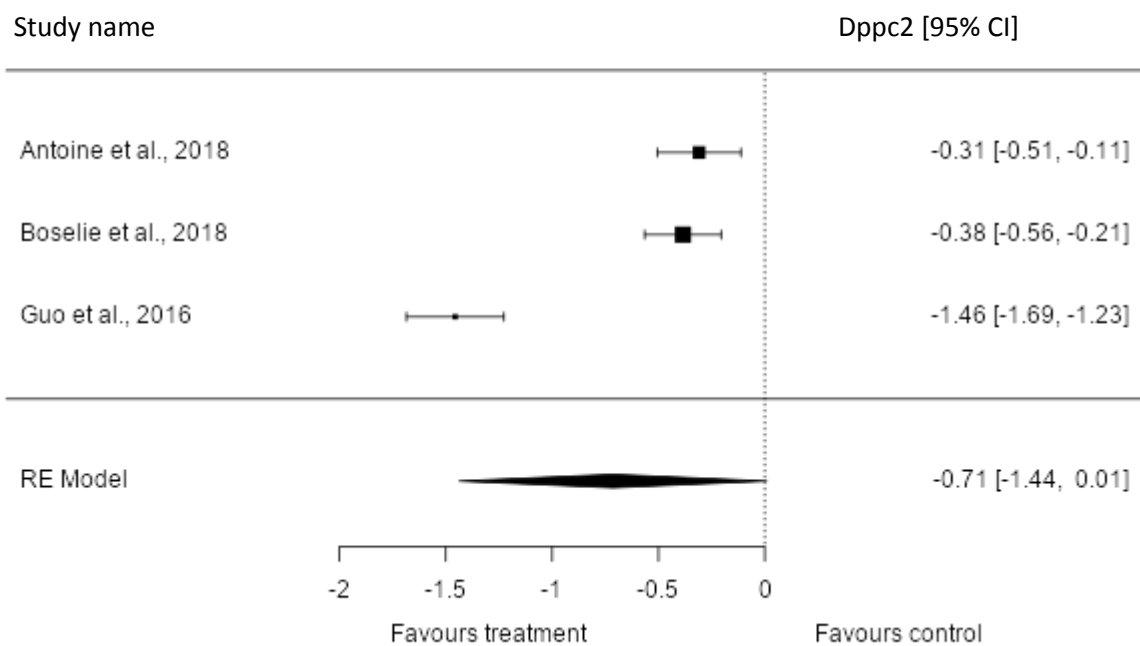


Figure 3f. Forest plot for analysis of savour interventions studies.

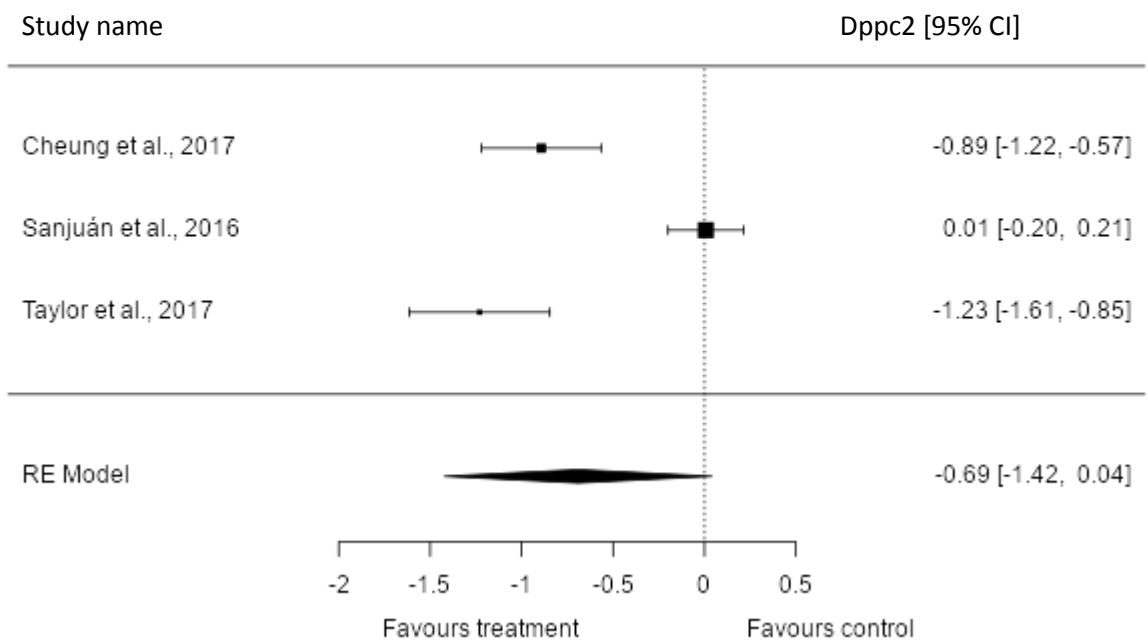


Figure 3g. Forest plot for analysis of kindness interventions studies.

Figure 3. Forest plot for analysis of: (a) mindfulness; (b) gratitude; (c) optimism; (d) forgiveness; (e) humour; (f) savour; (g) kindness interventions studies.

ANEXO 3

Título: Positive Psychology Intervention in a Hospital Clinical Sample of Elderly Women with Depressive Symptoms.

Autores: López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N.

Publicación: *Aging & Mental Health*, 2023 (en revisión).



Sergio López Linares <sl100009@red.ujaen.es>

Submission received for Aging & Mental Health (Submission ID: 234023177)

journalshelpdesk@taylorandfrancis.com <journalshelpdesk@taylorandfrancis.com> 19 de septiembre de 2023, 13:15
Para: sl100009@red.ujaen.es



Dear Sergio Lopez,

Thank you for your submission.

Submission ID	234023177
Manuscript Title	Positive Psychology Intervention in a Hospital Clinical Sample of Elderly Women with Depressive Symptoms
Journal	Aging & Mental Health

If you made the submission, you can check its progress and make any requested revisions on the Author Portal

Thank you for submitting your work to our journal.
If you have any queries, please get in touch with journalshelpdesk@taylorandfrancis.com.

Kind Regards,
Aging & Mental Health Editorial Office

Taylor & Francis is a trading name of Informa UK Limited, registered in England under no. 1072954.
Registered office: [5 Howick Place, London, SW1P 1W](#).



Taylor & Francis Group
an **informa** business



Hi, Sergio ▾

My Articles

[SUBMIT NEW MANUSCRIPT](#)

	SUBMISSION	TITLE	JOURNAL	STATUS	CHARGES	Feedback
	ON 2340231 77	Positive Psycholog...	Aging & Mental Health	With Editor		

1 SUBMISSION ▾

2 PEER REVIEW ▲

20 September 2023

With Editor

CONTACT

...

Final Decision

Help your research reach a wider audience

Find out more about publishing open access

Taylor & Francis Group

3 PRODUCTION

Help and Info

Contact Us
Accessibility

Connect with us



Title: Positive Psychology Intervention in a Hospital Clinical Sample of Elderly
Women with Depressive Symptoms

Abstract

Background: Depression in women elderly is accompanied by cognitive impairment and impairment of physical and social functioning.

Aim: To evaluate the efficacy of positive psychology for the treatment of moderate and severe major depression in hospital patients in older people over 6 weeks.

Methods: Participants were adult women over 50 years of age diagnosed with moderate or severe depression (BDI-II and ICD-10). Measures from the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Ryff Psychological Well-Being Scale (PWBS), Life Satisfaction Scale (SWLS), McCullough Gratitude Scale (CG-6), and Heartland Forgiveness Scale (HFS) were evaluated. The study tests were carried out before the intervention and 6 weeks later, after its completion.

Results: The intervention has been effective in reducing depression and increasing well-being in the elderly.

Conclusions: The present findings are promising and show that interventions based on Positive Psychology are effective in psych-gerontology, reducing

depressive symptoms and increasing subjective and psychological well-being in the elderly.

Keywords: Positive psychology, Psychotherapy, Trial, Depression.

Background

Depression is one of the main causes of morbidity throughout life (Vos et al., 2010). It is also associated with greater disability and the appearance of diseases that are also more prevalent over the years such as cardiovascular diseases (Nicholson et al., 2006), obesity (Luppino et al., 2010), cancer (Chida et al., 2008) and dementia (Barnes et al., 2006). It is also a cause of increased mortality (Cuijpers et al., 2014), especially minor or mild depressive symptoms are especially frequent in the elderly, where physical illness and cognitive impairment are also more frequent (Kessler et al., 1997; Chachamovich et al., 2008). Also, depression has been linked to the onset of other mental illnesses (Pandya et al., 2013), ageing and alzheimer (Valko et al., 2007). Several cases have been found of people who have suffered negative events and have never shown depressive symptoms, something that has occurred in the general and elderly population. This leads us to draw attention to the existence of the possibility that there are preventive agents of depression in difficult moments of life (Peterson & Seligman, 2004; Vázquez et al., 2009). At the same time, the negative perception of such moments is influenced by the subjective perception of well-being (Diener & Suh, 1998).

Well-being has been conceptualized in two different ways, subjective or hedonic well-being and psychological or eudaimonic well-being. Subjective well-being is sometimes confused with happiness or quality of life (Diener & Suh, 1998), although the quality of life includes the experiential element (García-Viniegras, 2005). Psychological or eudaimonic well-being is based on the idea that people experience greater happiness if they have purposes, challenges, and growth in their lives (Keyes et al., 2002; Ryan & Deci, 2000). With more than 30 years of experience, Positive Psychology defends that those who show higher levels of certain psychological strengths will suffer less from the negative effect of daily stressors, will have higher levels of well-being, and will be able to avoid the appearance of psychological problems, among which is the depressive symptomatology (Seligman et al., 2005).

In recent decades, psychological treatments based on Positive Psychology have proven to be effective, both in the therapeutic-care and clinical fields, so it stands out as a line of work and development to promote personal well-being, also in the elderly population (Sturm et al., 2022).

Interventions aimed at reducing depressive symptomatology are of paramount importance. Priority is being given to caring for older adults with depression (Rodríguez-Uribe et al., 2010). Drug treatments are the most used but show unwanted side effects with other types of drugs. On the contrary, psychological treatments do not present such effects, cost less, improve symptoms at the cognitive level, and have more acceptance in patients, which facilitates adherence

(Cuijpers et al., 2023; Pérez-Álvarez et al., 2001). Different psychological treatments have been carried out to deal with depressive symptoms, such as behavioural activation therapy, cognitive-behavioural treatment, and interpersonal therapy (Beck et al., 1996; Klerman et al., 1984; Lewinsohn, 1975). More recently, third-generation contextual therapies have emerged, among which acceptance and commitment therapy stands out (Luciano & Valdivia, 2006). All these therapies, both traditional and recent, have been shown to have an efficacy similar to that of the best pharmacological treatments (Ministry of Health, 2014; Pérez-Padilla et al., 2017; Vázquez et al., 2019).

Currently, despite all experimental therapeutic approaches, the therapy treatments for elderly depression available are scarce. They are patients who usually present pluripathology. The use of alternative and low-intensity therapies is recommended (Kessler et al., 1997) and we understand that it is important to develop new experimental therapeutic approaches to improve the effectiveness of these therapies. With this proposal, we want to continue with this research work to verify the effectiveness of positive psychotherapy in a larger population of people over 50 years.

In recent years, a significant number of studies have been collected that reflect the effectiveness of different interventions that focus on training in personal strengths, or other Interventions in Positive Psychology, such as gratitude, forgiveness, savouring, optimism, or social intelligence, among others, on the decrease of depressive symptomatology and/or the increase in psychological or subjective well-

being (Chamorro, 2017; Ho et al., 2014; Preschl et al., 2012; Rey et al., 2013; Schueller & Parks, 2014). In this same line, systematic reviews and meta-analyses carried out recently have demonstrated the effectiveness of interventions in Positive Psychology in improving depression and both psychological and subjective well-being, compared to control groups, both in adults (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021; López-Linares, et al., under review; McTiernan et al., 2022; Schutte & Malouff, 2019), as with older adults (Iwano et al., 2022; Sutipan et al., 2017). Overall, interventions based on positive psychology training are effective in decreasing depressive symptoms, compared to another control group or a placebo group (Avia et al., 2012; Chamorro-Garrido et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Oken et al., 2017; Pérez-Blasco et al., 2016; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022). Similar results are found concerning subjective well-being, increasing interventions in Positive Psychology well-being to a greater extent than other types of interventions (Avia et al., 2012; Chamorro et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022). Psychological well-being has been less studied, but, the same occurs with the two variables mentioned, interventions in Positive Psychology achieve a higher increase in their levels than with other interventions or with waiting list control groups (Chamorro et al., 2021; Cantarella et al., 2017; Freitas et al., 2021; von Humboldt & Leal, 2013). Training

different strengths together (including forgiveness or gratitude and other strengths such as sense of humour, autobiographical memory, empathy, optimism, emotional regulation or meaning of life) fundamentally increases subjective well-being (Avia et al., 2012; Durgante et al., 2022; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014). Gratitude training shows better results than other interventions in increasing subjective and psychological well-being (Chamorro-Garrido et al., 2021; Killen & Macaskil, 2014; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2018).

Some authors consider gratitude to be a disposition toward action when one is the beneficiary of acts of kindness by others (Froh et al., 2008); others, good wishes towards other people (Emmons & McCullough, 2003; Vázquez & Hervás, 2011); others emphasize the importance of both elements (McCullough et al., 2002); some conceive of it as a skill (Emmons & Stern, 2013); Finally, authors such as Snyder & Lopez (2007) consider that gratitude implies being grateful not only to people but also to life events. Different studies confirm that gratitude is positively associated with subjective well-being and negatively with depressive symptomatology in adults and the elderly, regardless of the procedure used to highlight this strength (Boehm et al., 2011; Della Porta et al., 2012; Layous et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2011; Lyubomirsky & Layous, 2013; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Sheldon et al., 2012; Timmons et al., 2017). In older people, the use of this strength increases life satisfaction and positive emotions when thinking about the past (Emmons & McCullough, 2003), and favours less concern about things that cannot be changed (Hörder et al., 2013), decreasing the

likelihood of experiencing depressive symptoms in the present. Regarding psychological well-being, showing gratitude is also considered a vital strength for their development (Algoe et al., 2008). With older adults, positive relationships have been found between this strength and the dimensions of personal growth, autonomy, self-acceptance, purpose in life (Méndez et al., 2014) and positive relationships (Gordon et al., 2011) of psychological well-being.

The personal strength of forgiveness can be defined as a personal characteristic that facilitates the expression, adequate and moderate, of the needs that the person possesses in the circumstances in which he has suffered a transgression (Seligman, 2003). As with gratitude, when forgiveness is defined, attention is placed on one or another of the different components it includes: cognitive (Williamson & Gonzales, 2007), emotional (Enright & Coyle, 1998; McCullough & Witvliet, 2002; Seligman, 2003) or behavioural (Hargrave & Sells, 1997). Older adults show a greater willingness to forgive than other populations (Allemand, 2008; Cheng & Yim, 2008; Lawler-Row & Piferi, 2006; Luong et al., 2011; Morales & Arias, 2014; Romero & Mitchell, 2008; Siltan et al., 2013; Steiner et al., 2012). Regarding well-being, there is a relationship between forgiveness, subjective and psychological well-being, and depressive symptomatology in older adults. In this way, an increase and improvement in subjective well-being have been observed in the elderly when they have managed to forgive an affront, a fact that is accompanied by a decrease in depressive symptomatology (Allemand et al., 2007; Ermer & Proulx, 2016; Kim et al., 2011;

Prince-Paul & Exline, 2010; Stackhouse et al., 2016; Usefinezhad et al., 2020). Finally, psychological well-being also increases in older adults who practice forgiveness, reducing depressive symptoms (Bono et al., 2008; Bryant, 2019; Morton et al., 2019; Prieto-Ursúa et al., 2012; Thoresen et al., 2000; Worthington & Scherer, 2004; Zarzycka, 2019).

Considering the absence of psychotherapy interventions from the perspective of positive psychology in a hospital clinical sample of elderly women with depressive symptoms, the main objective of this study was to verify whether the therapeutic intervention based on Positive Psychology produces significant changes in the group of patients who receive it (passive control group) in the variables dependent on depressive symptomatology, life satisfaction and psychological well-being in this population. This objective aims to be achieved through the application of a psychotherapeutic intervention based on positive psychology, focused primarily on the training of two personal strengths of gratitude and forgiveness. According to the previous literature, the hypothesis of the study proposed was that the application of the intervention will produce better results in the intervention group than the passive control group, significantly reducing depressive symptomatology and increasing the levels of life satisfaction and psychological well-being of the hospital clinical sample of older women with depression.

Methods

Trial design

In the present clinical study, the participants were randomly divided into 2 groups: the treatment group and the control group. Follow-up examinations were performed at baseline (v1) and post-intervention at 6 weeks (v2). The study protocol was approved by the regional clinical trial committee (Spain Clinical Trials Registry: TD-FPPIM-2020/0612-N-20), the ethics committee of the University Hospital [Unmasked] and the Spanish Agency of Medicines and Medical Devices (Bioethics Committee: NOV.20/7.PRY).

Participants

Primary Care Physicians of the Andalusian Health Service were informed of the clinical trial, and the patients were referred to the clinical centres where the study was carried out. The clinical diagnosis of moderate or severe depression was confirmed essential requirement for inclusion in the study. Women diagnosed with moderate or severe depression were recruited. 61 patients were recruited, with moderate or severe depression according to the Beck Depression Inventory. To maintain randomization conditions, patients were aligned to the treatment group and control group using random assignment computer software. The main demographic characteristics of the participants in the study were collected (Table 1).

The inclusion criteria to participate in the study were to have moderate or severe depressive symptoms (according to criteria established from the ICD-10

(F3) and from the cut-off score established for moderate depression in the Beck-II Depression Inventory -cut-off score: 19 points), to be receiving health care in the health system for depressive symptoms and psychological distress, be receiving pharmacological treatment for the treatment of depressive symptoms, be between 50-75 years old and sign the informed consent. On the other hand, the exclusion criteria were to present cognitive impairment and to have other psychological illnesses other than depression or anxiety, such as recurrent depression, dysthymia, depression with psychotic symptoms or bipolar disorder.

Instruments

To check if there is a decrease in depressive symptoms, as well as an increase in psychological well-being, life satisfaction, gratitude and forgiveness, the following instruments have been applied.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Developed by Beck, Steer & Brown (1996) and adapted into Spanish by Sanz & Vázquez (2011). It is composed of 21 items that evaluate symptoms such as crying, loss of pleasure, sadness, feelings of guilt and failure, pessimism, and thoughts or desires of suicide, among other symptoms.

Each of the 21 items is answered on a 4-point scale, ranging from 0 to 3. The scales state that a score between 0 and 9 indicates an absence of depression, a score of 10 to 18 mild depression, a score between 19- and 29-points moderate depression, and a score of 30 to 63, major depression. This measuring instrument has an excellent internal consistency (0.85) (Sanz & Vázquez, 2011).

Ryff Psychological Well-Being Scale (PWBS)

Created by Ryff and Keyes (1995), and later adapted into Spanish by Díaz et al. (2006). It contains 29 items that are answered by assigning a score ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The dimensions of psychological well-being that derive from this scale are Positive Relationships, Self-Acceptance, Autonomy, Mastery of the Environment, Purpose in Life and Personal Growth. The internal consistency found for the different dimensions varies between 0.70 and 0.84 (Díaz et al., 2006).

Life Satisfaction Scale (SWLS)

Conceived by Diener et al. (1985), and validated in Spanish by Atienza et al. (2000) and Pons et al. (2002). It is an instrument that consists of 5 items, and that is answered on a 5-point Likert response scale, from strongly disagree to strongly agree. The instrument has levels of internal consistency and temporal consistency that oscillate around 0.80 (Atienza et al., 2000).

McCullough Gratitude Scale (CG-6)

Developed by McCullough et al. (2002) and adapted to Spanish by Martínez-Martí et al. (2010). It was designed to assess individual differences in the tendency to express gratitude in daily life. Composed of six items that aim to measure the qualities of gratitude, each item is answered using a Likert-type format with seven answer options (1 = Strongly disagree and 7 = Strongly agree). Regarding its internal consistency, it has a Cronbach's alpha of 0.74 (Manso-Pinto, 2014).

Heartland Forgiveness Scale (HFS)

Created by Thompson et al. (2005), and validated in Spanish by Aranda et al. (2016). It consists of 18 items, whose total score reflects the ability to forgive that a person shows both towards himself and towards other people, as well as towards situations that are beyond his control. Similarly, this scale offers differentiated scores for the different subscales of self-forgiveness, forgiveness towards other people and forgiveness of uncontrollable situations. The instrument has a satisfactory reliability index (Rey & Extremera, 2016).

Sample size

The sampling procedure carried out was an accidental non-probabilistic procedure for convenience at the discretion of the Community Mental Health Unit of [Unmasked] Hospital which met the inclusion criteria. For the intervention study, a participant estimation program was used in the first instance in each of the groups. Statistical power analysis was performed using the G power v3.1 software (McCrum-Gardner, 2010). These preliminary calculations were necessary to obtain a statistical power of 95%, essential to detect medium to large effect sizes. (0.05 - 0.08). Sample size selection was performed using the statistical power of the 0.8 (1- α) test, with a significance level of 0.05, a possible dropout rate of 38%, and the minimum sample size was calculated as $N = 31$.

Procedure

The study consisted of three phases. The first and last were common to the experimental group and the control group. First, a phase of selection and application of the information and consent sheet was carried out. In this first phase,

the Beck II Depression Inventory was applied to select participants with moderate and severe depression from among the patient population of the Community Health Unit of [Unmasked]. Subsequently, participants who were selected to participate in the study were informed of all the details of the program and their explicit consent was sought. Secondly, the pre-test phase of the study was implemented. It was held in the first session of the program for all groups. The BDI-II, PWBS, SWLS, CG-6 and HFS scales were administered to obtain an initial measurement of them, Time 1 (T1). The randomization process was performed just after the patient was enrolled in the study by a computer program. Finally, the post-test phase was performed. In this phase, we proceeded, first, to the implementation of the intervention. The intervention module was deployed over 6 sessions, lasting 1.5 hours each. Likewise, so that the group intervention could be applied more efficiently, the participants were divided into subgroups consisting of a maximum of 6 people. Subsequently, in this post-test phase, the instruments already used in the pretest phase were administered again, Time 2 (T2).

The application of the tests and the sessions of the intervention programs were carried out collectively, in facilities for group activities of the Community Mental Health Unit of [Unmasked] and in facilities of the University of [Unmasked]. The application of the instruments in the same phase (pre or post) was carried out in the same week in the experimental group and the control without psychological intervention (maintaining only their prescribed pharmacological treatment). The total duration of the study was approximately 14 months.

The training consists of four modules. The first explains what Personal Strengths are, what relationship they have with depression, well-being and self-acceptance and, finally, what relationship there is between what we think, feel and do. The Gratitude module initially defines what gratitude is, as well as what its components and benefits are, to continue with the realization and practice of various exercises to promote this strength. The Forgiveness module begins with an explanation of what the primary and secondary negative emotions are, until reaching the emotions of indignation, resentment and hatred; Subsequently, it delves into what it means to forgive and what are its emotional consequences and its relationship with depression, ending with the realization of practical activities to ask for forgiveness, forgive other people and forgive oneself. The final module is dedicated to the review and consolidation of the skills trained throughout the program.

Statistical analyses

Data analysis was handled using SPSS version 26 software. To assess the efficacy of the positive psychology treatment trial, the following statistical tests were used based on data distribution, Pearson's chi-square test, t-test Student's test and the pre-and post-treatment repeated measures analysis comparison tests used. Cohen's d was applied to estimate the magnitude of the effects. The magnitude of the association between the intervention and pre to post-score change was calculated as Cohen's d , with d of .2 denoting a small effect, .4, a medium effect, and .8, a large

effect. Cronbach's Alpha reliability coefficients were calculated to find out the instruments' reliability.

Results

Reliability

To the reliability indexes, the Beck Depression Inventory (BDI-II) (T1 $\alpha = .94$; T2 $\alpha = .99$), Psychological Well-being (PWBS) (T1 $\alpha = .95$; T2 $\alpha = .95$), Satisfaction with life scale (SWLS) (T1 $\alpha = .90$; T2 $\alpha = .95$), Gratitude Questionnaire of McCullough (GQ) (T1 $\alpha = .83$; T2 $\alpha = .70$), and Heartland Forgiveness Scale (HFS) (T1 $\alpha = .79$; T2 $\alpha = .90$) were recorded at baseline of the clinical condition (T1), and 6 weeks (T2), showing adequate reliability.

Effects of the intervention program on Gratitude and Forgiveness

To assess the impact of the program on gratitude, changes in GC-6 scores were analysed. The comparison of the pre-test and post-test measures showed a significant difference in the experimental group ($p < 0.001$). As can be seen in Table 2, the results confirm the improvement of the experimental group since the gratitude between the pre-test measure ($M = 26.16$) and the post-test measure ($M = 35.52$) significantly increases, also showing that its range of scores has increased and has been concentrated. In summary, the results allow us to conclude that the intervention program fostered an increase in gratitude through training in this strength. It can also be concluded that the promotion of gratitude achieved a

decrease in depressive symptomatology and increased life satisfaction and psychological well-being.

To evaluate the impact of the program on forgiveness, changes in HFS scores were analysed. The comparison of the pre-test and post-test measures showed a significant difference in the experimental group ($p < 0.001$). As can be seen in Table 2, the results confirm the improvement of the experimental group since the forgiveness between the pre-test measure ($M = 69.84$) and the post-test measure ($M = 90.04$) increases significantly, also showing that their range of scores has increased, although their concentration has decreased. In summary, the results allow us to conclude that the intervention program fostered the increase of forgiveness through the training of this strength. In addition, it can be concluded that the promotion of forgiveness achieved a decrease in depressive symptomatology and increased life satisfaction and psychological well-being.

Effects of the intervention program on depressive symptomatology

To assess the impact of the program on depressive symptomatology, changes in BDI-II scores were analysed. The ANOVA test of repeated measures pretest-posttest [$F(59) = 197.871, p < 0.001$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, the size of the effect large ($d = .77$). As can be seen in Table 3, the results confirm the improvement of the experimental group since it decreases more significantly the depressive symptomatology ($M = 5.68$), than the passive control group that only receives pharmacological treatment without positive psychological intervention ($M =$

41.14), also showing the experimental group that its range of scores has been reduced and concentrated. In summary, the results allow us to conclude that the program promoted the reduction of depressive symptoms.

Effects of the intervention program on life satisfaction

To evaluate the impact of the program on life satisfaction, changes in SWLS scores were analysed. The ANOVA test of repeated measures pretest-posttest [$F(59) = 57.790, p < 0.001$], evidenced the existence of significant differences between the experimental group and the control group, with a mean effect size ($d = .50$). Results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases life satisfaction ($M = 18.92$), while those of the control group show a decrease in this ($M = 7.06$), also showing the experimental group that its range of scores has increased and has been concentrated. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered an increase in life satisfaction.

Effects of the intervention program on psychological well-being

To assess the impact of the program on psychological well-being, changes in PWBS scores were analysed. The pretest-posttest repeated measures ANOVA test [$F(59) = 55.655, p < 0.001$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a mean effect size ($d = .37$). The results confirm the improvement of the experimental group since it increases psychological well-being more significantly ($M = 164.12$) than the passive control group that only receives pharmacological treatment without positive psychological intervention ($M = 100.75$), also showing the experimental group that its range of

scores has increased, although its concentration has decreased. In summary, the results allow us to conclude that the program promoted an increase in psychological well-being.

To assess the impact of the program on the self-acceptance subscale of psychological well-being, changes in PWBS scores were analysed. The ANOVA test of repeated measures pretest-posttest [$F(59) = 8.221, p < 0.006$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a low effect size ($d = .12$). Results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases self-acceptance ($M = 23.08$), while in the control group, there were no significant differences ($M = 13.47$), also showing the experimental group that its range of scores has increased, although its concentration has decreased. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered the increase of the self-acceptance subscale of psychological well-being.

To evaluate the impact of the program on the subscale positive relationships with others of psychological well-being, changes in PWBS scores were analysed. The pretest-posttest repeated measures ANOVA test [$F(59)=14.546, p < 0.000$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a low effect size ($d = .20$). As can be seen in Table 3, the results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases the positive relationships with others ($M = 24.76$), while in the control group, no significant differences were observed ($M = 14.28$), also showing the

experimental group that its range of scores has increased, although its concentration has decreased. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered the increase of the subscale positive relationships with others of psychological well-being.

To assess the impact of the program on the psychological well-being autonomy subscale, changes in PWBS scores were analysed. The ANOVA test of repeated measures pretest-posttest [$F(59) = 8.638, p < 0.005$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a low effect size ($d = .13$). As can be seen in Table 3, the results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases autonomy ($M = 33.76$), while those of the control group show a decrease in this ($M = 20.36$), also showing the experimental group that its range of scores has increased, although its concentration has been maintained. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered the increase of the autonomy subscale of psychological well-being.

To evaluate the impact of the program on the domain subscale of the psychological well-being environment, changes in PWBS scores were analysed. The pretest-posttest repeated measures ANOVA test [$F(59)=6.134, p < 0.016$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a low effect size ($d = .09$). Results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases the domain of the environment ($M = 24.56$), while in the control group, no significant differences

were observed ($M = 17.25$), also showing the experimental group that its range of scores has increased, although its concentration has decreased. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered the increase of the domain subscale of the psychological well-being environment.

To assess the impact of the program on the personal growth subscale of psychological well-being, changes in PWBS scores were analysed. The pretest-posttest repeated measures ANOVA test [$F(59)=15.649$, $p<0.000$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a mean effect size ($d = .21$). Results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases personal growth ($M = 33.00$), while in the control group, no significant differences were observed ($M = 21.42$), also showing the experimental group that its range of scores has increased and has been concentrated. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered the increase of the subscale personal growth of psychological well-being.

To evaluate the impact of the program on the subscale purpose in life of psychological well-being, changes in PWBS scores were analysed. The pretest-posttest repeated measures ANOVA test [$F(59)=12.455$, $p<0.001$], showed that there were significant differences between the experimental group and the control group, with a low effect size ($d = .17$). As can be seen in Table 3, the results confirm the improvement of the experimental group since it significantly increases the purpose in life ($M = 24.96$), while in the control group, no significant differences were observed ($M = 13.97$), also showing the experimental group that

its range of scores has increased, although its concentration has decreased. In summary, the results allow us to conclude that the program fostered the increase of the subscale purpose in life of psychological well-being.

Discussion

The results obtained show that an intervention focused on Positive Psychology, through the training of the strengths of Gratitude and Forgiveness, achieves a significant decrease in depressive symptomatology and a significant increase in satisfaction with life and psychological well-being in a hospital clinical sample of elderly women with depressive symptoms when comparing the results with a passive control group that only continued to take the antidepressant medication, without receiving any psychological intervention. Likewise, it has been possible to improve gratitude and forgiveness in the experimental group, a fact that could explain the improvement that occurs in the dependent variables shown above. The findings achieved in the results of this work follow what is established in the hypotheses and follow the line of other studies carried out in this same field with younger adults. In this sense, the present study is of interest because it reflects that interventions in Positive Psychology cause effects of similar effects in women over 55 years of age who belong to a hospital clinical sample with depressive symptoms.

Although there are few studies developed around the population of older adults, the results achieved reflect that this type of intervention is promising both to

reduce depressive symptoms and to increase well-being. In this way, different studies found that interventions in Positive Psychology focused on Gratitude and Forgiveness, among other strengths, managed to reduce depressive symptoms and increase both psychological and subjective well-being (Chamorro, 2017; Ho et al., 2014; Preschl et al., 2012; Rey et al., 2013; Schueller & Parks, 2014). Following this line, systematic reviews and meta-analyses created in this regard have demonstrated the effectiveness of training in these strengths in improving depression and psychological and subjective well-being (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi, et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen & Morina, 2021; López-Linares et al., under review; McTiernan et al., 2022; Schutte & Malouff, 2019), as with older people (Iwano et al., 2022; Sutipan et al., 2017).

Unlike other studies, in the present work, measures of both psychological well-being and subjective well-being have been taken, that is, this variable has been measured in their hedonic and eudaimonic perspectives. Thus, it has been observed that the intervention carried out finds similar results linked to subjective well-being and psychological well-being to a greater extent than other interventions of different types (Avia et al., 2012; Cantarella et al., 2017; Chamorro et al., 2021; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2022; Freitas et al., 2021; Greenawalt et al., 2019; Jiménez et al., 2016; Oken et al., 2017; Ramírez et al., 2014; Sturm et al., 2022; von Humboldt & Leal, 2013). Therefore, it seems to be demonstrated that these interventions help the elderly to set new goals in their daily lives, thus increasing the well-being produced.

The benefits achieved through the training carried out are because both gratitude and forgiveness are strategies that achieve an improvement in life satisfaction, as well as in positive emotions when thinking about past events (Allemand, 2008; Emmons & McCullough, 2003; Lawler-Row & Piferi, 2006; Morales & Arias, 2014; Siltan et al., 2013), and this favours a less preoccupation with things that can't be changed (Hörder et al., 2013; Steiner et al., 2012). This will also reduce the depressive symptoms at present.

Although the results obtained are an endorsement for the fact that positive interventions help to improve the depressive symptomatology of people, as well as to increase subjective and psychological well-being, the mediating factors of the relationship between depression, forgiveness and gratitude have not been studied. It could be interesting, for future research, to discover these factors, as well as the contribution of each of them to the effects obtained. This has been observed, for example, when the elderly person cannot face himself, this fact is related to high levels of depression and less psychological well-being (Bryant, 2019; Morton et al., 2019; Zarzycka, 2019).

Considering other aspects, the present work shows the limitation of not studying the influence that the different pharmacological treatments can have on patients with depressive symptomatology, to demonstrate the superiority of psychological intervention over pharmacological (Ministry of Health, 2014; Pérez-Padilla et al., 2017; Vázquez et al., 2019). This same extension of the study could help to check if the psychological treatment carried out does not have side effects -

as with antidepressant medication if it has a lower economic cost, and if its acceptance among patients is greater, facilitating adherence (Cuijpers et al., 2023; Pérez-Álvarez et al., 2001).

Likewise, there has been no comparison of the intervention in gratitude and forgiveness against other more classic psychological interventions such as behavioural activation therapy, cognitive-behavioural treatment, and interpersonal therapy (Beck et al., 1996; Klerman et al., 1984; Lewinsohn, 1975), or, more recently, acceptance and commitment therapy (Luciano & Valdivia, 2006).

To maintain the benefits achieved, and try to increase them, it is possible to carry out future work that includes a follow-up of both the results achieved and the reinforcement of the skills acquired during the training sessions, trying to establish certain guidelines that have greater permanence in time as a protective factor that promotes well-being. Likewise, in a future line of research, the present study could be carried out with the elderly male population, to compare, in this way, the results obtained so far with the female sample of the elderly.

In conclusion, the results obtained in our study are promising and provide updated evidence that defends that interventions based on Positive Psychology are effective within the field of psychogerontology, reducing depressive symptoms and increasing psychological well-being and subjective well-being in the elderly. Patient-focused preventative depression programs, such as positive psychotherapy, possess the capacity to enhance the plethora of self-care alternatives available to patients with depression. These modalities facilitate the development of healthy

coping mechanisms and bridge the chasm between the clinical environment and the domestic realm.

Funding

The trial protocol has not received funding.

Acknowledgements

We deeply thank the all the patients for their participation.

References

- 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>
- 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>
- Aranda, J., Palacios, A., & Villalba, A. (2016). Construction and validation of the Forgiveness Scale (VAPPER 490). *Apuntes Universitarios, 6*(1), 87-100.

- 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.
- Avia, M. D., Martínez-Martí, M. L., Rey-Abad, M., Ruiz, M. Á., & Carrasco, I. (2012). Evaluación de un Programa de Revisión de Vida Positivo en dos Muestras de Personas Mayores. *Revista de Psicología Social*, *27*(2), 141-156. <https://doi.org/10.1174/021347412800337852>
- Barnes, D., Yaffe, K., Belfor, N., Reed, B., Jagust, W., DeCarli, C., & Kramer, J. (2006). Computer-based cognitive training for mild cognitive impairment: Results from a pilot randomized controlled trial. *Neurology*, *66*(5), 249-249.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) (N. I. (U.S.A., Pearson, Red).
- 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. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.541227>
- 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*, *1*, 1–20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

- 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. <https://doi.org/10.1177/0146167207310025>
- Bryant, C. (2019). The Lived Experiences of Emotionally Forgiving Abusive Parents (Doctoral D).
- Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C., & De Beni, R. (2017). Benefits of Well-Being Training in Healthy Older Adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(3), 261-284. <https://doi.org/10.1111/aphw.12091>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of Positive Psychology Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*, 48(5), 593–602. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The Effect of Positive Psychology Interventions on Well-Being and Distress in Clinical Samples with Psychiatric or Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 18:211, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>

- Chamorro, A. (2017). *Memoria autobiográfica, gratitud, perdón y sentido del humor: una intervención en personas mayores*. (Doctoral dissertation, Universidad de Jaén).
- Chamorro-Garrido, A., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2021). Autobiographical Memory, Gratitude, Forgiveness and Sense of Humor: An Intervention in Older Adults. *Frontiers in Psychology, 12*:731319. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.731319>
- Cheng, S. T., & Yim, Y. K. (2008). Age differences in forgiveness: the role of future time perspective. *Psychology and Aging, 23*(3), 676–680. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.3.676>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine, Vol 70*, bll 741–756. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un Programa de Psicología Positiva en Sintomatología Depresiva y Satisfacción Vital en Adultos Mayores. *Psicología: Reflexao e Critica, 25*(4), 644–652. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400003>

- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, otherpsychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22, 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- 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.
- 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, 572-577.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304–328.

- Durgante, H. B., Bedin-Tomasi, L. M., Pedroso de Lima, M. M., & Dalbosco Dell'Aglio, D. (2022). Long-Term Effects and Impact of a Positive Psychology Intervention for Brazilian Retirees. *Current Psychology, 41*, 1504-1515. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00683-7>
- 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 & Social Psychology, 84*(2), 377–389. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.2.377>
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 846–855. <https://doi.org/10.1002/jclp.22020>
- Enright, R. D., & Coyle, C. T. (1998). Researching the process model of forgiveness within psychological interventions. In *E. L. Worthington (Red), Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (Templeton, bll 139–161). Philadelphia.
- 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. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1060942>
- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., & Neufeld, C. B. (2021). Strengths Based Character Education for the Elderly: A Quasi-Experimental Study. *School and Developmental Psychology, 37*:372120. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e372120>

- 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>
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El Bienestar Psicológico: Dimensión Subjetiva de la Calidad de Vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 8*(2).
- 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>
- Greenwalt, K. E., Orsega-Smith, E., Turner, J. L., Goodwin, S., & Rathie, E. J. (2019). The Impact of “The Art of Happiness” Class on Community Dwelling Older adults: A Positive Psychology Intervention. *Activities, Adaptation & Aging, 43*(2), 118-132. <https://doi.org/10.1080/01924788.2018.1493898>
- 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>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies, 21*(1), 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>

- 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. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.88857>
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2021). Efficacy of Positive Psychotherapy in Reducing Negative and Enhancing Positive Psychological Outcomes: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *BMJ Open*, 11(9), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>
- 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. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20194>
- Iwano, S., Kambara, K., & Aoki, S. (2022). Psychological Interventions for Well-Being in Healthy Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23, 2389-2403. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00497-3>.
- 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>

- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders, 45*(1–2), 19–30. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00056-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00056-6)
- Keyes, C. L. M., 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Killen, A., & Macaskil, A. (2014). Using a Gratitude Intervention to Enhance Well-Being in Older Adults. *Journal of Happiness Studies, 16*, 947–964. <https://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.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression (Basic Book)*. New York.
- 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>
- Layous, K., Katherine Nelson, S., & Lyubomirsky, S. (2013). What Is the Optimal Way to Deliver a Positive Activity Intervention? The Case of Writing About One's Best Possible Selves. *Journal of Happiness Studies, 14*(2), 635–654. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9346-2>

- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology, 84*(6), 729–731. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.84.6.729>
- López-Linares, S., García-León, A., & Sánchez-Álvarez, N. (under review). Personal Strengths-Based Interventions to Reduce Depression: A Meta-Analysis of Intervention Versus Control Group Studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. IJCHP-D-22-00229.
- Luciano, C., & Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo, 27*, 79–91.
- Luciano, C., & Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo, 27*, 79–91
- 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>
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, Vol 67*, bll 220–229. *Arch Gen Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

- 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., 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.
<https://doi.org/10.1037/a0022575>
- Manso-Pinto, J.F. (2014). Fiabilidad y Estructura Factorial del Cuestionario de Gratitude (CG-6) en una Muestra de Estudiantes Universitarios Chilenos. *PsicologiaCientifica.com*
- Martínez-Martí, M. L., Avia, M. D., & Hernández-Lloreda, M. J. (2010). The Effects of Counting Blessings on Subjective Well-being: A Gratitude Intervention in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 886-896
- McCrum-Gardner (2010). Sample size and power calculations made simple. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(1).
<https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.1.45988>
- McCullough, M. E., & Witvliet, C. V. (2002). The psychology of forgiveness. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (446–458). New York, NY, US: Oxford University Press.

- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>
- McTiernan, K., Gullon-Scott, F., & Dudley, R. (2022). Do Positive Psychology Interventions Impact on the Subjective Wellbeing and Depression of Clients? A Systematic Methodological Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09522-7>
- 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.
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto* (S. S. e I. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia). Galicia.
- 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. <https://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.

- Morton, K. R., Tanzini, L., & Lee, J. W. (2019). Adult Life Satisfaction and the Role of Forgiveness After Childhood Sexual Abuse: Evidence from a Seventh-day Adventist Cohort. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 58(1), 138–152. <https://doi.org/10.1111/jssr.12575>
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies | European Heart Journal | Oxford Academic. *European heart journal*, 27(23), 2763–2774. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl338>
- Oken, B. S., Wahbeh, H., Goodrich, E., Klee, D., Memmott, T., Miller, M., & Fu, R. (2017). Meditation in Stressed Older Adults: Improvements in Self-Rated Mental Health Not Paralleled by Improvements in Cognitive Function or Physiological Measures. *Mindfulness*, 8, 627-638. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0640-7>
- Pandya, C.D., Howell, K.R., & Pillai, A. (2013). Antioxidants as Potential Therapeutics for Neuropsychiatric Disorders. *Prog. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 46, 214-223. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.10.017>
- Pérez-Álvarez, M., Manuel, J., & Montes, G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.

- Pérez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The Effects of Mindfulness and Self-Compassion on Improving the Capacity to Adapt to Stress Situations in Elderly People Living in the Community. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 90-103. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 89–115.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. In (*Vol. 1*) (*Oxford Uni*). Oxford.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación Psicológica*, 13, 71–82
- 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. <https://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., 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>
- 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>
- Rey, L., & Extremera, N. (2016). Agreeableness and interpersonal forgiveness in young adults: the moderating role of gender. *Terapia Psicológica*, *34*(2), 103-110.
- Rey, L., Valverde, M., & Extremera, N. (2013). *Tendencia hacia el perdón y calidad de vida en personas mayores: el papel mediador de las estrategias de regulación cognitiva-emocional IV Jornadas “Emociones y Bienestar” Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés Madrid, 3-4 de Octubre*. Bono & McCullough.

- Rodríguez-Uribe, A. F., Valderrama-Orbegozo, L. J., & Molina-Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246–458.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10804-007-9036-1>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2018). Strengths in Older Adults: Differential Effect of Savoring, Gratitude and Optimism on Well-Being. *Aging & Mental Health*, 23(8), 1017-1024. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471585>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II. Adaptación al castellano*. Pearson Educación, S.A.
- 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. <https://doi.org/10.1027/016-9040/a000181>

- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2019). The Impact of Signature Character Strengths Interventions: A Meta - analysis. *Journal of Happiness Studies*, 20(4), 1179–1196. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2>
- Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad (M. Diago & A. Debrito, Trads.). In *La auténtica felicidad* (M. Diago & A. Debrito, Trads.). Madrid.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- 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>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. In *Sage Publications, Inc.*
- 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>
- Sturm, V. E., Datta, S., Roy, A. R. K., Sible, I. J., Kosik, E. L., Veziris, C. R., Chow, T. E., Morris, N. A., Neuhaus, J., Kramer, J. H., Miller, B. L., Holley, S. R., & Keltner, D. (2022). Big Smile, Small Self: Awe Walks Promote Prosocial Positive Emotions in Older Adults. *American Psychological Association*, 5, 1044-1058. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000876>
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The Impact of Positive Psychological Interventions on Well-Being in Healthy Elderly People. *Journal of Happiness Studies*, 18, 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Heinze, L., Neufeld, J. E., Shorey, H. S., Roberts, J. C., & Roberts, D. E. (2005). Dispositional Forgiveness of Self, Others, and Situations. *Journal of Personalized Medicine*, 73(2), 313-59. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x>
- Thoresen, C. E., Harris, A. H., & Luskin, F. (2000). *Forgiveness and health: An unanswered question* (Guilford P). New York.

- 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>
- Usefyzehad, A., Safara, M., & Salmabadi, M. (2020). The Role of Forgiveness and Tolerance of Distress on Life Satisfaction in Elderly People in Qazvin. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(2), 42–47. <https://doi.org/10.21859/ijrn-06205>
- Valko, M., Leibfritz, D., Moncol, J., Cronin, M. T., Mazur, M., y Telser, J. (2007). Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 39(1), 44–84.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2011). *Psicología positiva aplicada* (Desclée de). Bilbao.
- Vázquez, F. L., Otero, P., & Blanco, V. (2019). *Guía de Intervención de la Depresión* (E. Síntesis, Red). Madrid.
- Vázquez, H., G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15–28.
- Von Humboldt, S., & Leal, I. (2013). The Promotion of Older Adults` Sense of Coherence through Person-centered Therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *Interdisciplinaria*, 30(2), 235-251.

- Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M. ..., & Memish, Z.A. (2012). Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2163-2196.
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1080/0887044042000196674>
- Zarzycka, B. (2019). Predictors and mediating role of forgiveness in the relationship between religious struggle and mental health. *Polskie Forum Psychologiczne*, 24(1), 93–116. <https://doi.org/10.14656/PFP20190106>

Tables

Table 1

Baseline participant characteristics for each treatment group

	Therapy group (n = 25)	Control group (n = 36)	X ²	t	p
Age: Mean (SD)	58,08 (5,70)	65,78 (7,36)		-4,392	<.001
Civil status			6.649		.084
Single	0 (0%)	1 (2,8%)			
Married	19 (76%)	29 (80,6%)			
Divorced	5 (20%)	1 (2,8%)			
Widowed	1 (4%)	5 (13,9%)			
Diagnostic			8.618		.013
CIE10	13 (52%)	30 (83.3%)			
No	9 (36%)	6 (16.7%)			
Anxiety	3 (12%)	0 (0%)			
Dysthymia					
Other disorders			8.252		.016
No	15 (60%)	32 (88.9%)			
Fibromyalgia	7 (28%)	4 (11.1%)			
Other	3 (12%)	0 (0%)			

Table 2

Means (M), standard deviations (SD) and mean contrasts (T Student) gratitude and forgiveness.

	M (SD)	Median (IQR)	M (SD)	Median (IQR)	t	p
	Gratitude T1		Gratitude T2			
Treatment group	26.16 (9.66)	27 (13)	35.52 (6.19)	38 (12)	-4.315	0.001
	Forgiveness T1		Forgiveness T2			
Treatment group	69.84 (16.30)	73 (21)	90.04 (22.70)	86 (37)	-3.919	0.001

Table 3

Comparison groups Treatment/Control all evaluations of depression, satisfaction with life scale and psychological well-being (self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, personal growth and purpose in life).

	N	M (SD)	Median (IQR)	N	M (SD)	Median (IQR)	t	p
	Depressive symptoms T1			Depressive symptoms T2				
Treatment group	25	39.16 (12.17)	39 (17)	25	5.68 (7.89)	2 (8)	13.261	0.001
Control group	36	42.64 (15.11)	50 (30)	36	41.14 (18.13)	53.5 (35)	2.049	0.005
	Satisfaction with life T1			Satisfaction with life T2				
Treatment group	25	8.36 (6.15)	8 (12)	25	18.92 (7.72)	22 (9)	-6.626	0.001
Control group	36	7.47 (7.92)	3.5 (13)	36	7.06 (7.41)	3 (12)	.867	0.392
	Psychological wellbeing T1			Psychological wellbeing T2				
Treatment group	25	122.28 (39.75)	125 (59.5)	25	164.12 (42.28)	157 (76)	-5.986	0.001
Control group	36	105.41 (42.96)	84 (72.25)	36	100.75 (50.38)	75 (82.75)	2.464	0.019
	Self-acceptance V1			Self-acceptance V2				
Treatment	25	14.84 (7.01)	15 (11)	25	23.08	25 (16)	-6.239	0.000

group					(8.08)			
Control group	36	13.39 (7.26)	10.50 (12)	36	13.47 (8.64)	9.50 (12)	-0.147	0.884
					Positive relations with others			
					V2			
Treatment group	25	20.44 (8.83)	22 (11)	25	24.76 (8.86)	26 (17)	-3.388	0.002
Control group	36	14.08 (7.96)	11 (12)	36	14.28 (9.70)	9.50 (14)	-0.283	0.779
					Autonomy V1		Autonomy V2	
Treatment group	25	26.60 (10.30)	26 (17)	25	33.76 (9.57)	35 (17)	-3.790	0.001
Control group	36	23.89 (10.68)	19 (16)	36	20.36 (12.86)	13.50 (22)	4.576	0.000
					Environmental mastery V1		Environmental mastery V2	
Treatment group	25	18.84 (6.38)	17 (10)	25	24.56 (8.28)	26 (17)	-4.424	0.000
Control group	36	17.81 (6.18)	15 (10)	36	17.25 (6.79)	14 (10)	1.226	0.229
					Personal growth V1		Personal growth V2	
Treatment group	25	24.88 (8.35)	27 (14)	25	33.00 (7.31)	35 (12)	-4.165	0.000
Control group	36	22.31 (7.71)	19 (9)	36	21.42	18.50	1.765	0.086

	Purpose in life V1			Purpose in life V2				
							(7.24)	(10)
Treatment group	25	16.68 (7.59)	15 (12)	25	24.96 (8.04)	27 (16)	-5.438	0.000
Control group	36	13.94 (7.47)	10.50 (13)	36	13.97 (8.61)	9.50 (15)	-0.049	0.962

