



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Máster Universitario en Psicología Positiva

Trabajo Fin de Máster

Programa de intervención en optimismo y gratitud para el tratamiento de la síntomatología depresiva

Alumno/a: Francisco Miguel Manzaneda Pérez

Tutor/a: Prof. D^a. Ana María García León

Enero, 2021

Resumen

La propuesta de realizar un programa de intervención basado en fortalezas para disminuir los síntomas depresivos surge debido a la prevalencia y a las importantes consecuencias negativas que actualmente tiene la depresión sobre la población. El objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia diferencial de una intervención centrada en el entrenamiento de las fortalezas de gratitud y optimismo, para reducir la sintomatología depresiva, en comparación con una intervención cognitivo-conductual. El diseño de este estudio incluirá dos grupos: experimental y control. El grupo experimental estará conformado por 10 mujeres a las que se entrenará en optimismo y gratitud. El grupo control lo conformarán otras 10 mujeres a las que se les aplicará un entrenamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales. La evaluación se realizará en tres fases: pre-test, post-test y seguimiento a los seis meses. Los instrumentos que se utilizarán para medir sintomatología depresiva, optimismo y gratitud, serán los siguientes: BDI-II, LOT-R y GR-20. Las intervenciones se realizarán a lo largo de 9 sesiones, de una hora y media de duración cada una, durante las cuales se entrenará las fortalezas mencionadas o se proporcionará un entrenamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales. Se espera que disminuyan los síntomas depresivos tras el entrenamiento en fortalezas, que esta disminución se mantenga en el tiempo y que esta reducción sea superior en este grupo que en el grupo que recibirá el entrenamiento cognitivo-conductual.

Palabras clave: Programa de Intervención, Sintomatología Depresiva, Optimismo, Gratitud, Bienestar, Psicología Positiva.

Abstract

The proposal of making an intervention programme based on strengths to reduce depressive symptoms comes from the predominance and the important negative consequences that depression has over people nowadays. The aim of this research is to prove the effectiveness of an intervention focused on training the strengths of gratitude and optimism to reduce the depressive symptomatology, in contrast to a cognitive-behavioural intervention. The scheme of this research will include two groups: experimental and control. The experimental group will consist of ten women to be trained in optimism and gratitude. The control group will consist of

another ten women who will undergo a training based on cognitive-behavioural techniques. The assessment will be done in three stages: pre-test, post-test and monitoring after six months. The instruments to be used in order to measure the depressive symptomatology, optimism and gratitude are: BDI-II, LOT-R and GR-20. The interventions will be done in one hour and a half sessions. There will be nine of such sessions during which either the strengths mentioned before will be trained, or a training based on cognitive-behavioural techniques will be provided. It is expected that, after the training in strengths, the depressive symptoms will be reduced. It is also expected that such reduction will be sustained over time and will be higher than in the group with a cognitive-behavioural training.

Key words: Intervention Programme, Depressive Symptomatology, Optimism, Gratitude, Wellness, Positive Psychology.

Índice de Contenido

Introducción, Conceptualización y Justificación Teórica.....	4
Conceptualización y prevalencia de la depresión.....	5
Conceptualización e implicaciones del optimismo sobre la salud.....	7
Conceptualización e implicaciones de la gratitud sobre la salud.....	9
Intervenciones con fortalezas para la disminución de síntomas depresivos.....	10
Objetivo general e hipótesis.....	13
Metodología.....	13
Participantes.....	13
Instrumentos de Evaluación.....	14
Procedimiento.....	16
Estructura general de las sesiones de ambos programas.....	18
Estructura general del programa de entrenamiento en las fortalezas de optimismo.....	21
y gratitud	
Desarrollo del programa de intervención en optimismo y gratitud.....	21
Resultados previstos.....	32
Referencias.....	35
Anexos	
Anexo I. <i>Material de base para trabajar los aspectos psicoeducativos de la Depresión</i>	43
Anexo II. <i>La solitaria casa de campo</i>	44
Anexo III. <i>Autorregistro ABC</i>	45
Anexo IV. <i>Mi diario de emociones positivas</i>	46
Anexo V. <i>Cuestionario de evaluación</i>	47
Anexo VI. <i>Presupuesto</i>	48

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Contenido de las sesiones del entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la depresión</i>	19
Tabla 2. <i>Cronograma con los aspectos a trabajar en cada sesión</i>	20

Introducción, Conceptualización y Justificación Teórica

Conceptualización y Prevalencia de la Depresión

La depresión mayor es uno de los trastornos psicológicos que más problemas de discapacidad genera en la actualidad. De hecho, es uno de los trastornos más prevalentes en la población general. Según la OMS, “la depresión se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030” (Mathers y Loncar, 2006).

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye: cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. (American Psychiatric Association, 2013)

Es en los hospitales donde podemos apreciar un mayor número de casos de trastornos del estado de ánimo. De hecho, la etiqueta diagnóstica más común en psicopatología es la de depresión. Estos síntomas relacionados con la depresión suponen un gran carga social y económica ya que las consultas realizadas en atención primaria por este motivo son más que frecuentes. Además, la razón por la que muchos pacientes buscan ayuda suelen ser los síntomas depresivos presentes en otros cuadros clínicos diversos (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

El episodio depresivo mayor es el diagnóstico más frecuente. Su prevalencia es del 3,9%, siendo para las mujeres más del doble que para los hombres: 5,62% frente a un 2,15% (Haro et al., 2006). Por tanto, existe una probabilidad superior a la de otras patologías mentales, como la ansiedad o adicciones a sustancias, de que una persona sea diagnosticada de depresión a lo largo de su existencia (Cano Vindel et al., 2012). Esto supone que debemos tener en consideración esta realidad “para evitar que las personas que padecen depresión en alguna de sus formas puedan no ser reconocidas o recibir un tratamiento inadecuado” (Simon et al., 2004).

De igual manera, los datos del estudio ESEMeD (un estudio epidemiológico llevado a cabo en diferentes países europeos, incluido España) indican que la prevalencia de la depresión se situó en el 4,0 % en nuestro país, en la fecha del estudio. Otros estudios más recientes sitúan la

prevalencia de la depresión en España en el 1,12% en preescolares, en un 8,56% en población general y hasta en un 55,6% en estudiantes universitarios (Cardila et al., 2015). De una forma más detallada, “se ha observado una prevalencia de trastornos depresivos de un 8,2% para menores entre 8 y 12 años” (Del Barrio, Frías, y Mestre, 1994) o “de 14,6% en muestra clínica infantil menor de 19 años” (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez, 2000). “En estudiantes universitarios, los datos de prevalencia oscilan entre 37,4% para síntomas depresivos” (Arrieta, Díaz y González, 2013), “29,9% para depresión leve, 14,2% para depresión moderada y 3,2% para depresión severa” (Gutiérrez et al., 2010). “En población mayor, la prevalencia de trastornos afectivos supone un 30,1% del total de los trastornos mentales de los pacientes que han sido derivados a salud mental” (Gázquez et al., 2008). “En población mayor general, las cifras de prevalencia oscilan entre el 16%” (García y Tobías, 2001), “el 19,7%” (Urbina et al., 2007) “o el 34,5%” (Sarró-Maluquer et al., 2013), entre otras. Por último, es importante señalar que la depresión es el trastorno mental que más ha sido relacionado con el suicidio o ideación suicida. “Un 28,0% de personas con depresión muestran riesgo de suicidio a lo largo de sus vidas” (Bernal et al., 2007). En definitiva, como puede observarse, la probabilidad de sufrir depresión a lo largo de la vida no es desdeñable y es algo a lo que debemos prestar especial atención desde el campo de la psicología.

Por otra parte, se sabe que la depresión no siempre aparece aislada. De hecho, “existe una alta comorbilidad con otros problemas psicológicos y físicos, como ansiedad, consumo de alcohol y enfermedad física crónica” (Hasin et al., 2005; Kessler, Merikangas y Wang, 2007). “Entre los usuarios de las consultas de psicología, los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen más dolor, más enfermedades físicas y más disminución del funcionamiento en las áreas física, social y personal” (American Psychiatric Association, 2013).

En resumen, la depresión no es un problema menor. Las personas deprimidas necesitan recibir el tratamiento necesario, de igual manera que lo necesitan las personas con diabetes, colesterol o cáncer. De lo contrario, “puede dar lugar a importantes consecuencias negativas, tales como la reducción de su calidad de vida” (Spitzer et al., 1995), “la cronificación de sus problemas emocionales” (Kessler et al., 2011), “el incremento del uso de los servicios de salud” (Greenberg et al., 1993), o “el aumento del riesgo de suicidio” (Oquendo et al., 2002).

A pesar de que los tratamientos para la depresión son, hoy día, bastante efectivos y se han producido avances considerables en el tratamiento farmacológico de la depresión, no existe

evidencia de que su frecuencia haya disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido y ha indicado un incremento a lo largo de los últimos años (Beck et al., 1979). Por lo tanto, realizar una intervención adecuada debe ser un objetivo principal si quieren evitarse estas importantes consecuencias (Cano Vindel et al., 2012).

Es cierto que las terapias clásicas tradicionales (p. ej., terapia cognitiva de la depresión) y las terapias de tercera generación (p. ej., activación conductual para la depresión) han dado buenos resultados en el tratamiento de los síntomas depresivos. No obstante, en las dos últimas décadas se están ofreciendo algunas alternativas que vienen a complementar estos tratamientos mediante programas de intervención basados en el entrenamiento de fortalezas personales. Este tipo de intervenciones para pacientes con sintomatología depresiva “centraría el foco en pensar de forma positiva e incrementar la emocionalidad positiva, en lugar de centrarse exclusivamente en eliminar los síntomas de la enfermedad” (Myers, 2000). “En general, los programas se han basado en el entrenamiento de distintas fortalezas: inteligencia emocional, sentido del humor, significado y propósito, perdón, saboreo, gratitud u optimismo, entre otras, siendo éstas dos últimas de las que más apoyo empírico han recibido para reducir la sintomatología depresiva en población adulta y mayor” (Vera, 2006).

Conceptualización e Implicaciones del Optimismo sobre la Salud:

El término optimismo ha sido definido de diversas maneras. Así, el Diccionario de la Real Academia Española lo ha definido como “la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable” (Real Academia Española, s.f., definición 1). En esta misma línea, Carver y Scheier (2001) sostienen que “el término optimismo proviene de la sabiduría popular, y gira sobre las expectativas positivas de las personas acerca del futuro”.

Las aproximaciones contemporáneas suelen tratar el optimismo como una característica cognitiva (una meta, una expectativa, o una atribución causal). Sin embargo, el optimismo no es una característica cognitiva simple. No podemos menospreciar la carga emocional que reside en la misma. De hecho, las personas pueden que necesiten sentirse optimistas acerca de aquello que les preocupa. Es por ello que el optimismo también ha sido considerado como un tipo de mecanismo defensivo. Como podemos observar, “el optimismo no es solamente una

característica cognitiva: posee componentes emocionales y motivacionales que le son inherentes” (Carver y Scheier, 1990).

En el ámbito de la investigación psicológica, el término optimismo ha sido definido desde varias perspectivas: como un estilo explicativo de los eventos que ha sufrido el individuo (estilo explicativo optimista), como una forma de predecir los eventos futuros (estilo disposicional optimista) y como una estrategia cognitiva, específica, de los individuos para manejar la ansiedad y planificar las acciones adecuadas para asegurar un buen rendimiento (pesimismo defensivo).

Scheier y Carver (1985) denominaron optimismo disposicional a “aquel tipo de optimismo que forma parte de una personalidad equilibrada, a lo largo del tiempo y en una variedad de situaciones, que influye en el modo en el que los individuos aceptan los eventos presentes, pasados y futuros de la vida”.

En cuanto al estilo atribucional del optimismo, los estudios llevados a cabo por Peterson y Seligman (1987) concluyeron que los pacientes con síntomas depresivos pueden ser diferenciados de aquellos que no tienen depresión atendiendo a la tendencia de los primeros a atribuir los eventos positivos a causas externas, inestables y específicas. De igual manera, los pacientes con un trastorno del estado de ánimo, o síntomas depresivos, poseen una tendencia a atribuir los eventos negativos a causas internas, estables y globales. Desde esta perspectiva, “optimismo y pesimismo son considerados como atribuciones, como un estilo explicativo con respecto a los eventos positivos y negativos” (Peterson y Seligman, 1987).

“El interés moderno por el optimismo surge por el papel tan importante que tiene el pesimismo en la depresión” (Beck, 1967). Desde entonces, no han sido pocos los estudios que han demostrado que el estilo explicativo optimista-pesimista tiene una gran influencia y valor predictivo sobre la salud y el bienestar de las personas. Parece que un estilo explicativo optimista actuaría como un modulador sobre los eventos que nos producen estrés, amortiguando el sufrimiento y el malestar de aquellas personas que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). En cuanto al optimismo disposicional, se ha encontrado que las expectativas positivas y negativas acerca del futuro son importantes para comprender la vulnerabilidad a padecer trastornos mentales, en particular trastornos del estado de ánimo. Estudios recientes han encontrado una correlación inversa entre optimismo disposicional y

síntomas depresivos (Chang y Sanna, 2001), e incluso entre este tipo de optimismo e ideación suicida (Hirsch, Conner y Duberstein, 2007).

El papel del optimismo sobre la calidad de vida también ha sido investigado en pacientes con síntomas depresivos consecuentes a patologías cardíacas. En este caso se ha encontrado una correlación inversa significativa entre el optimismo disposicional y los niveles de satisfacción con la vida, por un lado, y los síntomas depresivos que aparecen después de una enfermedad cardiovascular, por otro. (Steele y Wade, 2004)

En resumen, el optimismo es una actitud mental que tiene una fuerte influencia sobre la salud física y mental. Asimismo, las personas optimistas son significativamente más exitosas que las pesimistas cuando experimentan acontecimientos aversivos y cuando se ponen en juego importantes objetivos en sus vidas, lo cual posibilita, a su vez, que presenten menos síntomas depresivos que las que no lo son.

Conceptualización e Implicaciones de la Gratitud sobre la Salud

Las fortalezas del carácter son los ingredientes psicológicos (procesos y mecanismos) que definen las virtudes: son un “subconjunto de rasgos de personalidad a los que otorgamos un valor moral un conjunto de cualidades humanas que favorecen una vida más plena y positiva, proporcionando los recursos psicológicos necesarios para que así sea” (Vázquez y Hervás, 2009).

Diversos estudios han demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como un amortiguador frente al trastorno mental. Así, “parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características positivas y fortalezas humanas como el optimismo, la gratitud, la esperanza, la perseverancia o el valor, actúan como una barrera contra las enfermedades mentales” (Poseck, 2006).

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la gratitud como “sentimiento que obliga a una persona a estimar el beneficio o favor que otra le ha hecho o ha querido hacer, y a corresponderle de alguna manera” (Real Academia Española, s.f., definición 1). Desde el punto de vista ético, la gratitud puede ser definida como “una virtud moral que denota buen comportamiento” (McCullogh et al., 2001). Por otro lado, Seligman et al.,

(2005) definen la gratitud como “una fortaleza que configura la virtud de la espiritualidad o trascendencia”.

Parece existir evidencia acerca de que la gratitud, al igual que el optimismo, incide positivamente en nuestro bienestar. Emmons y McCullough (2003) emplearon en un estudio con estudiantes universitarios la técnica de anotar en diarios mensajes de agradecimiento para determinar experimentalmente los efectos de la gratitud en la salud mental a través del tiempo. Estos autores encontraron que aquellos que realizaron esta tarea mejoraron su estado de ánimo, sus creencias de afrontamiento e incluso su salud física, en comparación con aquellos que escribieron en su diario mensajes desagradables o neutros.

En la misma línea, Seligman, Steen, Park, y Peterson (2005) pidieron a los participantes de un estudio, hombres y mujeres, de entre 35 y 54 años, que escribieran cartas de gratitud a alguien por quien se sintieran profundamente agradecidos. Comparados con un grupo de control, estos sujetos reportaron menos síntomas depresivos que los sujetos del grupo control.

Una intervención similar fue realizada con población adolescente. En la misma se encontró que los sujetos asignados al grupo experimental (escribieron cartas de agradecimiento), comparados con un grupo control, mostraron más optimismo y satisfacción con la vida. También disminuyó el afecto negativo en los mismos (Froh, Sefick, y Emmons, 2008).

En resumen, aunque hay cierta evidencia de que la gratitud puede incidir positivamente en la mejora de la salud mental y el bienestar, son pocos los estudios que se han centrado en un trastorno mental específico, como la depresión.

Intervenciones con Fortalezas para la Disminución de Síntomas Depresivos

Para el tratamiento de la sintomatología depresiva existen ya algunos tratamientos psicológicos y farmacológicos que han demostrado su eficacia. En una gran parte de los casos suele tenerse en cuenta una combinación de ambos, ya que ésta puede ser a veces más eficaz que el tratamiento psicológico o farmacológico por sí solo.

En el caso de los tratamientos farmacológicos “los fármacos más utilizados para el tratamiento de la depresión son los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) (96,9%), seguidos de los ISRSN (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina), como la Venlafaxina (84,4%), y los ansiolíticos (68,4%)” (Martín-Águeda et al., 2006).

En cuanto al tratamiento psicológico que mayor efectividad ha mostrado hasta la fecha para el tratamiento de la depresión ha sido el tratamiento cognitivo-conductual. Este tipo de tratamiento tiene como objetivos centrales cambiar las creencias de los pacientes (normalmente distorsionadas acerca de la realidad) y aquellas conductas que realizan, con el fin de que experimenten estados de ánimo placenteros con mayor frecuencia y que tengan un mayor nivel de actividad.

En las últimas décadas, incrementar el bienestar y la calidad de vida se ha convertido en un objetivo importante para las personas. “Aunque muchos individuos dicen sentirse felices, no son pocos los que desean aumentar su grado de bienestar, aunque no estén diagnosticados de ninguna patología mental” (Fredrickson, 2008). Derivado en parte de esta necesidad social, se están llevando a cabo estudios dirigidos a fomentar las fortalezas personales, ya que se ha comprobado que éstas tienen un papel determinante tanto en la reducción de sintomatología asociada con distintos trastornos, como en el incremento del bienestar. En las siguientes líneas se presentan un conjunto de trabajos que pretenden resumir los hallazgos más significativos de esta nueva línea de trabajo con respecto a la sintomatología depresiva.

Sin y Lyubomirsky (2009) realizaron un meta análisis a partir de 51 intervenciones y con 4.266 individuos, para dar respuesta a la cuestión de si las intervenciones positivas mejoran el bienestar y reducen los síntomas depresivos de las personas. Este meta análisis tuvo en cuenta distintos grupos de edad (niño/adolescente hasta 17 años de edad, adulto joven desde los 18 hasta los 35 años de edad, adulto de mediana edad desde los 36 hasta los 59 años o adulto mayor a partir de los 60 años de edad). Los resultados de este meta análisis revelaron que las intervenciones basadas en psicología positiva incrementan significativamente el bienestar y reducen los síntomas depresivos. Además, se encontraron algunos factores que incidían en la efectividad de dichas intervenciones, como los niveles previos de depresión, la edad de los participantes, el formato y la duración de las intervenciones.

En otro meta análisis, realizado por Tom Hendriks et al., en 2019, se examinó la eficacia de las intervenciones positivas multicomponente. En el mismo se analizaron 50 estudios aleatorizados controlados, que fueron publicados en 51 artículos entre los años 1998 y 2018. Las poblaciones incluidas en el estudio fueron diversas: adultos sanos, hombres con depresión mayor, ancianos, mujeres con depresión mayor, mujeres con cáncer de pecho, etc. Los resultados indicaban que las intervenciones positivas multicomponente mejoran la salud mental. No

obstante, los autores también concluyeron que dichas intervenciones tienen un efecto moderado sobre el bienestar psicológico, así como sobre la ansiedad y el estrés, pero un efecto menor sobre el bienestar subjetivo y psicológico y la depresión.

Por otro lado, Veruska Santos et al. (2013) realizaron una revisión sistemática acerca del papel de las emociones positivas y la contribución de la psicología positiva al tratamiento de la depresión. Esta investigadora basó su meta análisis en un total de 28 artículos, en los que las participantes fueron mujeres jóvenes con o sin depresión y sin limitación de edad. Los estudios incluidos en la revisión indicaban una importante relación entre humor y emociones positivas, así como una mejoría en los síntomas y signos de depresión utilizando estrategias de tratamiento basadas en la psicología positiva. Asimismo, se encontró que existe un importante carácter preventivo en dichas intervenciones, ya que incrementa el bienestar y algunos elementos como la resiliencia y estrategias de afrontamiento, las cuales reducen las recaídas en el tratamiento de la depresión. En definitiva, las estrategias de intervención basadas en psicología positiva, tales como incrementar las emociones positivas y desarrollar las fortalezas personales, suponían importantes herramientas para la prevención y el tratamiento de la depresión, ya que ayudaban a reducir los síntomas y a prevenir las recaídas.

Para finalizar, se ha demostrado igualmente la eficacia de una intervención positiva on-line para mejorar la depresión (Mira et al., 2018). Los resultados de esta intervención mostraron una reducción significativa del afecto negativo y de la ansiedad, así como una mejoría de los síntomas depresivos y un aumento del afecto positivo. Los resultados de este estudio sugieren por tanto que las técnicas basadas en psicología positiva podrían tener un impacto en la sintomatología clínica incluso sin ser administradas en vivo. Resultados semejantes se han observado comparando la eficacia de una intervención basada en un manual de autoayuda de psicología positiva frente a una intervención basada en un manual de autoayuda de terapia cognitivo conductual (Hanson, 2018); así, ambas modalidades de tratamiento fueron eficaces en la reducción de los síntomas depresivos e incrementaron el bienestar, no existiendo diferencias entre ambos tipos de terapia. En resumen, como puede observarse a raíz de las distintas investigaciones expuestas, existe evidencia suficiente acerca de que las intervenciones basadas en psicología positiva, en distintos formatos, incrementan el bienestar y ayudan a reducir los síntomas depresivos. No obstante, no hay todavía demasiada información sobre el efecto

diferencial que podría tener un programa combinado de optimismo y gratitud para reducir la sintomatología depresiva en mujeres adultas.

Objetivo General e Hipótesis

A continuación, se describirá el objetivo general así como las hipótesis de nuestro estudio.

Objetivo General

Comprobar la eficacia de un programa de intervención basado en las fortalezas de optimismo y gratitud para disminuir los síntomas depresivos.

Hipótesis

- La sintomatología depresiva de los participantes del grupo que reciba el entrenamiento en optimismo y gratitud disminuirá tras la aplicación de este tratamiento.
- La disminución en la sintomatología depresiva del grupo que reciba el entrenamiento en optimismo y gratitud se mantendrá 6 meses después de haber concluido la intervención.
- Tras el entrenamiento en optimismo y gratitud se producirá una mayor reducción en la sintomatología depresiva que tras el entrenamiento en un programa cognitivo conductual.

Metodología

Participantes

Las participantes del presente estudio serán 20 mujeres españolas, con edades comprendidas entre los 18 y 60 años, y cuyo nivel de sintomatología depresiva sea de 17 puntos o más (depresión moderada) en la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Sanz, Navarro, y Vázquez, 2003). El motivo de seleccionar exclusivamente a mujeres para nuestro estudio es que la prevalencia de los trastornos depresivos es más del doble para estas que para los hombres.

Las participantes podrán tener otra sintomatología asociada, pero los síntomas predominantes deberán ser de tipo depresivo. Se excluirán igualmente del estudio aquellas

participantes que hayan sido diagnosticadas de trastorno bipolar o que presenten síntomas psicóticos.

Diez de las mujeres serán asignadas al azar a un grupo que recibirá un entrenamiento en las fortalezas de optimismo y gratitud (grupo experimental), las 10 restantes serán también asignadas al azar a un grupo que recibirá un tratamiento cognitivo-conductual para reducir la sintomatología depresiva (grupo de control).

Instrumentos de Evaluación

Para evaluar la variable dependiente incluida en el estudio, es decir, los síntomas depresivos, se utilizará el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) adaptado y traducido al español por Sanz, Navarro y Vázquez en 2003.

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Este instrumento está compuesto de 21 ítems que indican síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición American Psychiatric Association, 1994) y en el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). El formato de los ítems es de tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos.

Este instrumento de evaluación posee buenas propiedades psicométricas. El índice de fiabilidad (alfa) del BDI-II es de 0,92, lo cual indica una muy buena fiabilidad. Los índices de validez convergente y discriminante de la versión española del BDI-II son también buenos, mostrando unos coeficientes de correlación convergente con otras medidas de autoinforme y de heteroevaluación de la depresión cuya mediana (0,68) supera con creces el criterio estándar de excelente (Sanz et al., 2003).

Por otra parte, con el propósito de evaluar las fortalezas optimismo y gratitud, se aplicarán los siguientes instrumentos:

El optimismo será evaluado mediante el *Test de Orientación Vital Revisado*(LOT-R) (Scheier, Carver y Bridges, 1994), en la versión española desarrollada por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro en 1998.

La versión española del LOT-R mide las diferencias individuales en la dimensión de optimismo-pesimismo disposicional, que hace referencia a las expectativas generalizadas sobre el futuro. Se compone de diez ítems: los ítems 1, 4 y 10 hacen referencia al optimismo; los ítems 3, 7 y 9 hacen referencia al pesimismo; y los cuatro ítems restantes se incluyeron para disimular o encubrir el propósito del test. Cada ítem presenta una escala de respuesta que va de 0 a 4 (0 = muy en desacuerdo; 1 = en desacuerdo; 2 = ni en desacuerdo ni de acuerdo; 3 = de acuerdo; 4 = muy de acuerdo). Para obtener la puntuación total, se invierten los ítems referidos al pesimismo (3, 7 y 9) y se suman las puntuaciones correspondientes a los seis ítems sobre optimismo y pesimismo (1, 3, 4, 7, 9 y 10) (Ferrando, Chico y Tous, 2002).

Esta versión española del instrumento tiene un comportamiento psicométrico adecuado. La escala tiene una estructura clara con dos dimensiones parcialmente independientes. Todos los ítems tienen buen poder discriminativo y, en conjunto, ambas subescalas miden con razonable precisión en un rango bastante amplio de niveles del rasgo. El índice de fiabilidad se sitúa en 0,78. Por último, “los coeficientes de validez con respecto a una serie de medidas relevantes son bastante elevados con relación a lo que se puede esperar” (Ferrando, Chico y Tous, 2002).

Para la evaluación de la gratitud se utilizará el *Cuestionario de Gratitud-20 ítems* (G-20), elaborado por Bernabé-Valero, García-Alandete y Gallego-Pérez en 2014.

El G-20 incluye aspectos interpersonales, trascendentales, la gratitud ante el sufrimiento y las formas concretas de expresión de la gratitud. El cuestionario es autoadministrable y está compuesto por 20 elementos que deben responderse según una escala tipo Likert de 7 puntos. Este instrumento posee buenas propiedades psicométricas. Tanto la escala resultante como los componentes identificados presentan consistencia interna entre aceptable y alta. La validez concurrente se comprueba mediante correlación de Pearson con la escala Cuestionario de Gratitud-6 ítems, y la validez discriminante mediante análisis confirmatorio de factores latentes con el Cuestionario de Propósito Vital, utilizando el programa EQS 6.1. Los resultados obtenidos indican que las dimensiones del Cuestionario de Gratitud-20 Ítems pueden estar estrechamente relacionadas con la gratitud, proporcionando una base para realizar análisis factorial confirmatorio (Bernabé-Valero, García-Alandete y Gallego-Pérez, 2014).

Procedimiento

El diseño de este estudio incluye un grupo experimental y un grupo de control, por lo que se trata de un estudio cuasiexperimental pre-post-seguimiento con grupo de control. Al grupo experimental se le administrará un entrenamiento en fortalezas, concretamente en optimismo y gratitud. Al grupo control se le administrará un tratamiento cognitivo-conductual para disminuir los síntomas depresivos; el entrenamiento de este grupo se llevará a cabo a lo largo del mismo número de semanas que el entrenamiento del grupo experimental. Las pacientes serán asignadas aleatoriamente al grupo control (n=10) o al grupo de tratamiento (n=10). Un psicólogo, previamente entrenado, llevará a cabo dichos tratamientos.

Tanto el programa de optimismo y gratitud, como las actividades del grupo control, se realizarán en las instalaciones de Supera Psicología, lo que asegurará la equivalencia en el formato entre ambos grupos.

La intervención se desarrollará en las siguientes fases:

1. Solicitud de permisos, procedimiento de selección e información sobre las garantías éticas, objetivos y normas del programa.
2. Selección de participantes atendiendo a los criterios de inclusión, asignación a los grupos experimental y control, y fases de la evaluación.
3. Puesta en práctica de las sesiones del programa.

Fase 1: Información sobre los Objetivos, Normas y Garantías Éticas del Programa.

Para la aplicación de este programa, en primer lugar se pondría en marcha un proceso que comenzaría con la petición y consecución de los permisos necesarios a la Universidad de Jaén.

El objetivo principal de esta primera fase es reunir a los candidatos que podrían participar en el programa para informarles acerca de la finalidad del mismo, número de sesiones, horario, normas y garantías éticas (anonimato, protección de datos, consentimiento informado, preceptos éticos, etc.).

En este estudio se seguirán los criterios éticos de investigación y las normas éticas internacionales y nacionales, informando a los participantes de los objetivos y la duración del estudio, el carácter voluntario de la participación y el procesamiento que se dará a la información

recogida. Tanto los participantes como los investigadores firmarán un consentimiento informado antes de iniciar al estudio. Todo este proceso contará con la aprobación del Comité de Bioética en Investigación Humana de la Universidad de Jaén.

Fase 2: Selección de Participantes y Fases de la Evaluación.

En esta segunda fase se seleccionará a los participantes del programa, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, y se les asignará a los grupos experimental y control. Para ello, se aplicará el cuestionario BDI-II a una muestra más amplia, a la que además se realizará algunas preguntas sobre diagnósticos anteriores u otra sintomatología asociada.

Una vez realizado el cribado de los 20 participantes de nuestro estudio, se les aplicará los cuestionarios LOT-R y GR-20 y se registrará la puntuación obtenida con la finalidad de obtener una línea base que nos permita conocer si ha habido cambios tras la intervención. Posteriormente se asignará a los participantes a uno de los dos grupos, experimental o control, 10 a cada grupo. Esto se realizará de manera aleatorizada, de manera que los participantes de un grupo posean características similares a los del otro grupo, siendo ambos grupos homogéneos en cuanto a características sociodemográficas y sintomatología depresiva.

La evaluación tendrá 3 fases diferenciadas: evaluación pre-tratamiento, evaluación post-tratamiento y una evaluación de seguimiento a los 6 meses tras finalizar la intervención.

Evaluación pre-tratamiento

Como ya se ha indicado, se administrará el BDI-II con el fin de obtener una medida objetiva de la sintomatología depresiva cuando se realice el cribado de los 20 participantes. Asimismo, se pasará a estos 20 participantes los cuestionarios LOT-R y GR-20.

Evaluación post-tratamiento

Se realizará durante la última sesión de la intervención que les haya correspondido. Se volverá a pasar los cuestionarios BDI-II, LOT-R y GR-20 para comprobar si ha habido cambios en las puntuaciones de los participantes tras el programa de intervención.

Seguimiento

A los 6 meses desde la conclusión del entrenamiento correspondiente se volverá a administrar los tres instrumentos mencionados. Esto permitirá comprobar si los cambios obtenidos tras la intervención se mantienen en el tiempo. Esto se podrá realizar de manera

telemática, pues lo único que tendrán que hacer los participantes será cumplimentar los instrumentos de evaluación.

Fase 3: Puesta en Práctica de las Sesiones de los Programas de Intervención

Se aplicarán dos programas de intervención distintos, con el objetivo de poder comparar su eficacia diferencial. Uno estará basado en el entrenamiento de las fortalezas optimismo y gratitud. El otro se basará en el entrenamiento de técnicas cognitivo-conductuales para reducir los síntomas depresivos.

Las sesiones de los grupos experimental (entrenamiento en fortalezas) y control (entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales) se realizarán con una frecuencia de 1 sesión a la semana, durante 9 semanas, entre los meses de marzo y mayo de 2021. La duración de cada sesión será de 90 min., pudiendo variar en función del contenido de cada sesión. Ambos grupos recibirán su tratamiento el mismo día (sábado, con el fin de no entorpecer la rutina diaria de los participantes), pero a distinta hora. El grupo de intervención en fortalezas recibirá su sesión a las 10:00 h, mientras que el grupo control lo hará a las 12:00 h.

Estructura General de las Sesiones de Ambos Programas

Las 9 sesiones de los programas de intervención en fortalezas y cognitivo-conductual tendrán la misma estructura. Los materiales que se utilizarán para llevar a cabo ambos programas consistirán principalmente en documentos en papel, ordenador con proyector para presentar vídeos y diapositivas, bolígrafos, pizarra y tiza. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos y empezará con un repaso de los aspectos más importantes de la sesión anterior, seguirá con la revisión de las tareas para casa (a partir de la segunda sesión) y se hará una introducción de los contenidos y objetivos de la presente sesión. Después, el psicólogo explicará los conceptos que se trabajarán en la sesión y las participantes realizarán una breve discusión acerca de los mismos. Más tarde, las participantes practicarán las nuevas habilidades adquiridas en grupo. Al final de la sesión el psicólogo hará un breve resumen de las ideas clave y asignará las tareas para casa, después de haber explicado previamente cómo habrán de realizarse.

En las tablas siguientes se describen brevemente el contenido de las 9 sesiones del programa de intervención cognitivo-conductual (tabla 1) y el cronograma de los aspectos que se trabajarán en las sesiones de ambos programas de intervención (tabla 2).

Tabla 1*Contenido de las sesiones del entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales.*

Sesión nº 1	Aspectos psicoeducativos de la depresión: ¿Qué es la depresión? ¿Cómo se produce? ¿Cómo se mantiene? ¿Cómo podemos superarla?
Sesión nº 2	Activación conductual: - Planificación de actividades agradables. - Ejercicio físico.
Sesión nº 3	Técnicas de desactivación fisiológica: Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.
Sesión nº 4	Introducción al modelo cognitivo ABC: ¿Cómo se relacionan las situaciones, los pensamientos, las emociones y la conducta?
Sesión nº 5	Reestructuración cognitiva: - Identificación de las distorsiones cognitivas y modificación de pensamientos.
Sesión nº 6	Parada de pensamiento y autoafirmaciones positivas: - Aprender a detener las rumiaciones. - Diálogo interior positivo.
Sesión nº 7	Auto instrucciones y solución de problemas: - Modificación de las autoverbalizaciones internas antes, durante y después de enfrentarnos a una situación aversiva. - Proceso estructurado para solventar problemas.
Sesión nº 8	Higiene del sueño: Pautas para mejorar el sueño y favorecer el descanso.
Sesión nº 9	Prevención de recaídas y evaluación post: - Pautas para hacer frente a las posibles recaídas. - Evaluación post intervención de los síntomas depresivos mediante el BDI-II.

Tabla 2*Cronograma con los aspectos a trabajar en cada sesión.*

Sesión	Fecha	Intervención en fortalezas	Intervención cognitivo-conductual
Nº 1	06/03/2021	Psicoeducación	Psicoeducación
Nº 2	13/03/2021	Optimismo	Activación conductual
Nº 3	20/03/2021	Optimismo	Relajación
Nº 4	27/03/2021	Optimismo	Modelo ABC
Nº 5	03/04/2021	Optimismo	Reestructuración cognitiva
Nº 6	10/04/2021	Optimismo	Parada de pensamiento y autoafirmaciones positivas
Nº 7	17/04/2021	Gratitud	Auto instrucciones y solución de problemas
Nº 8	24/04/2021	Gratitud	Higiene del sueño
Nº 9	1/05/2021	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas

Estructura General del Programa de Entrenamiento en las Fortalezas de Optimismo y Gratitud

La sesión nº 1 tendrá un carácter puramente informativo y organizativo. En ella se abordará cómo se desarrollará el programa y las normas que tendrán que seguir las participantes, y se expondrán aspectos relativos a la depresión, optimismo y gratitud. Las sesiones 2, 3, 4, 5 y 6 estarán enfocadas a trabajar el optimismo desde sus distintas dimensiones: explicativo y disposicional. Se intentará incrementar el optimismo en relación con los eventos pasados, presentes y futuros. Las sesiones 7 y 8 estarán dedicadas al entrenamiento de la gratitud. La novena y última sesión servirán para cerrar el programa, realizando un repaso de los contenidos del mismo, educando en prevención de recaídas, evaluando nuevamente los síntomas depresivos, gratitud y optimismo y, finalmente, obteniendo retroalimentación acerca de diversos aspectos del programa por parte de los participantes.

Hemos realizado un cálculo aproximado del presupuesto necesario para implementar el programa, el cual se puede consultar, desglosado, en el anexo VI.

Desarrollo del Programa de Intervención en Optimismo y Gratitud

A continuación, pasaremos a describir, de forma detallada, cada una de las sesiones.

Sesión nº 1:

Objetivos

- Que las participantes se conozcan entre ellas en un ambiente distendido.
- Que las participantes conozcan los aspectos más importantes del programa (normas, estructura, número de sesiones, etc.) y la dinámica a seguir durante las mismas.
- Que las participantes conozcan qué es la depresión, cómo se produce, cómo se mantiene y cómo puede superarse.
- Que las participantes conozcan cómo puede ayudarles la psicología positiva y el entrenamiento en fortalezas, concretamente en optimismo y gratitud, a mejorar los síntomas de la depresión.

Actividades

- “La fiesta”. Esta actividad servirá para que las participantes se conozcan y establecer un clima positivo en el grupo.

- Charla sobre las normas, estructura del programa, estructura de las sesiones y número de sesiones totales.
- Exposición teórica sobre diversos aspectos de la depresión.
- Psicoeducación acerca de la psicología positiva, optimismo y gratitud.

Desarrollo de la sesión

El psicólogo dará la bienvenida a las participantes del programa. Después, propondrá una dinámica para ayudar a las participantes a conocerse: “La fiesta”. Se explica que va a haber una fiesta, y que cada cual debe llevar algo, pero que empiece con la inicial de su nombre. La primera comienza diciendo su nombre y lo que va a llevar a la fiesta. La segunda repite lo que dijo la anterior, y luego dice su nombre y lo que va a llevar a la fiesta. Por ejemplo: Yo soy Matilde y voy a llevar la música. Ella es Matilde y va a llevar la música y yo soy Rosa y voy a llevar los refrescos. Ella es Matilde y va a llevar la música, ella es Rosa y va a llevar los refrescos y yo soy Paola y voy a llevar el pastel. Así se repite sucesivamente hasta que lo hayan hecho todas las participantes.

Después, se explicará las normas que van a seguirse en las sesiones del programa, así como la estructura general de la sesiones y del programa. Acto seguido, se explicará los aspectos más importantes de la depresión haciendo hincapié en su conceptualización, origen, mantenimiento y opciones de tratamiento. Se enfatizará el papel de las emociones positivas y de los pensamientos en el mantenimiento de la enfermedad. Después, el psicólogo explicará en qué consiste la psicología positiva y cómo nos puede ayudar el entrenamiento en optimismo y gratitud para disminuir los síntomas depresivos. Para ello, nos basaremos principalmente en lo expuesto por Vázquez González et al. (2026), Burns (2010) y Vázquez y Hervás (2008) (ver anexo I):

Sesión nº 2:

Objetivos

- Que las participantes aprendan a distinguir entre sus pensamientos, emociones y conductas.
- Que las participantes conozcan y comprendan cómo sus pensamientos influyen en sus emociones y su conducta.

Actividades

- “La solitaria casa de campo”. Mediante esta actividad pretendemos que las participantes conozcan la relación que existe entre sus pensamientos, emociones y conducta.

Desarrollo de la sesión

La sesión comienza realizándose un repaso de los conceptos más importantes de la sesión anterior.

Después, se explica que es importante que sepamos diferenciar los distintos componentes de nuestra experiencia emocional porque no se dan todos al mismo tiempo, aunque así nos lo parezca. De esta manera, podremos analizar de forma objetiva nuestras emociones y saber por qué se producen y cómo cambiarlas. Para ello, el psicólogo contará la historia “La solitaria casa de campo” (véase anexo II). Dicha historia trata, resumidamente, acerca de una mujer que se encuentra durmiendo sola en una solitaria casa de campo, de noche. La mujer oye un ruido fuerte en la planta de arriba y se despierta. Se discuten en grupo las siguientes cuestiones: ¿Cómo se siente esa mujer? ¿Cómo influyen sus pensamientos en sus emociones? ¿Cómo actúa después? ¿Qué podría hacer para sentirse de otra manera?, etc. Se analiza el papel que tienen los pensamientos en nuestras emociones y conductas y se ponen en común las respuestas a estas preguntas, generando un debate entre las participantes. Después, se explica en qué consiste un autorregistro ABC y la importancia de cumplimentarlo.

Como tarea para casa, se les pedirá a las participantes que cumplimenten el autorregistro (ver anexo III) todos los días de la semana hasta la siguiente sesión. Se les pedirá que lo rellenen cuando sientan malestar emocional (tristeza, enojo, desesperanza, angustia, etc.).

Sesión nº 3:

Objetivos

Que las participantes aprendan a sustituir sus pensamientos negativos/pesimistas por otros más positivos/optimistas.

Actividades

Autorregistro ABC incluyendo pensamientos alternativos (optimistas) que sustituyan a los que suelen tener habitualmente (pesimistas).

Desarrollo de la sesión

Comenzaremos realizando una revisión de las tareas para casa: los autorregistros ABC. Las participantes leerán en voz alta sus autorregistros y se volverá a enfatizar la relación que

existe entre pensamientos, sentimientos y conducta. Se anotará en la pizarra algunos ejemplos extraídos de los autorregistros de las propias participantes para facilitar la exposición.

Se continúa explicando que podemos cambiar la forma en que nos sentimos si cambiamos algunos de los elementos de ese autorregistro. Por ejemplo, podemos cambiar la situación, aunque esto no será siempre posible ni deseable. Entonces, podemos cambiar nuestros pensamientos, aquello que nos decimos a nosotros mismos. Se realiza un ejemplo en la pizarra, añadiendo una columna al autorregistro: pensamiento alternativo. Este pensamiento deberá ser optimista y creíble. Después, se les pedirá a las participantes que elaboren pensamientos alternativos a los que ya escribieron en sus autorregistros la semana pasada. Se leerán en voz alta y se escribirán en la pizarra.

Como tarea para casa, se les pedirá a las participantes que durante la semana siguiente sigan registrando aquellos pensamientos y situaciones que les generan malestar pero además deberán incluir otra columna en la que anotarán pensamientos positivos alternativos.

Sesión nº 4:

Objetivos

- Que las participantes se focalicen y recuerden experiencias positivas en sus vidas.
- Que consoliden un estilo explicativo optimista.
- Que las participantes comprendan lo que puede cambiarse y lo que no y aprendan a aplicarlo en sus vidas.

Actividades

- Enumerar 5 cosas, como mínimo, que les hagan sentir que su vida es disfrutable o que la enriquezcan.
- “¿Soy culpable?”. Mediante esta actividad se pretende que las participantes comprendan que existen cosas en la vida que no podemos cambiar, por lo que no debemos preocuparnos. Sin embargo, debemos enfocarnos en aquello que realmente tiene solución y, por lo tanto, puede cambiarse.

Desarrollo de la sesión

Se comienza la sesión repasando las actividades para casa de la sesión anterior. Las participantes leerán en voz alta sus nuevos autorregistros, se anotará en la pizarra aquellos que nos parezcan más relevantes y se hará hincapié en los nuevos pensamientos optimistas que hayan anotado.

La sesión continuará con el ejercicio de enumerar 5 cosas, como mínimo, que les hagan sentir a las participantes que su vida es disfrutable. Para ello, cada una cogerá un folio y apuntará esas cosas. Cuando hayan finalizado, se les pedirá que las lean de una en una, o que las apunten en la pizarra. Se hará una puesta en común y se les pedirá a las mujeres que elaboren conclusiones acerca del ejercicio haciendo hincapié en que la vida está llena de momentos malos pero que también existen otros que hacen que la misma sea disfrutable. Para finalizar el ejercicio, se les pedirá que guarden esa lista de 5 cosas en una cajita, una vez en casa, y que la lean cada vez que se sientan abatidas o piensen que su vida ha estado llena de sinsabores y que no merece la pena ser vivida.

El segundo ejercicio que se realizará se llama “¿Soy culpable?”. Cada participante elaborará un listado con las peores cosas que han hecho en su vida, a su juicio. Una vez realizada la lista, deberán analizarla y seleccionar aquellas cosas que tienen solución. Una vez seleccionadas, las escribirán en la pizarra, de una en una. Cuando las hayan escrito en la pizarra, las demás participantes del grupo aportarán soluciones alternativas. Se les explicará que es muy importante que destaquen aquellas cosas que no está en nuestras manos cambiar, por lo que no debemos preocuparnos de las mismas y enfocarnos en cambiar aquello que sí se puede.

La primera tarea para casa consistirá en pedir a las participantes que identifiquen todas aquellas cosas que les pasen durante la semana que les hagan sentir que su vida es disfrutable (no tienen por qué ser grandes cosas, pueden ser cosas sencillas a las que nunca habían prestado atención, como saborear un buen café o dar un paseo un día soleado) y que las escriban en un papel, con el objetivo de leerlas en la siguiente sesión del programa. También pueden guardarlas en la cajita que hemos mencionado anteriormente y leerlas cuando se sientan mal. La segunda tarea para casa consistirá en solicitar a las participantes que registren durante la semana siguiente aquellos problemas que les vayan surgiendo y que elaboren tantas soluciones como les sea posible. Igualmente, deberán escribirlas en un papel para leerlas en la próxima sesión.

Sesión nº 5:

Objetivos

- Que las participantes aumenten las emociones positivas hacia sí mismas.
- Que las participantes sean más conscientes de sus emociones positivas diariamente.
- Que las participantes logren una visión más optimista del presente.

Actividades

- “Bombardeo positivo”. Esta actividad tiene como propósito fundamental el incremento de emociones positivas entre las participantes, hacia sí mismas, a través de sus propias características positivas.
- “Mi diario de emociones positivas”. Con esta actividad se busca que las participantes del programa incrementen su atención hacia aquellas emociones positivas que hayan podido surgir durante el día, logrando, así, una visión más optimista del presente.

Desarrollo de la sesión

Como en las demás sesiones, se empezará realizando un repaso de las tareas encomendadas para casa. Para ello, se pedirá a las participantes que, de una en una, lean en voz alta aquellas cosas que les hicieron sentir que su vida es disfrutable y que identificaron durante la semana anterior. De igual manera, leerán en voz alta los distintos problemas a los que se tuvieron que enfrentar la semana anterior y las distintas soluciones generadas.

La dinámica que se va a trabajar en este día consiste en el “bombardeo”, entre todas las compañeras, de sus características positivas, de la unas a las otras. Para dicha actividad es necesario que todas las mujeres se pongan en círculo con una de ellas en el centro. En ese mismo momento, las compañeras que se encuentren formando el círculo empezarán a elogiar y piropear a la mujer del centro, es decir, empezarán un bombardeo de características en positivo, ya sea de ámbito físico o personal. La mujer que se encuentre en el centro del círculo deberá mirar a los ojos de las personas elogiadoras y sentarse cuando haya acabado su bombardeo. Se realizará la misma actividad con cada una de ellas. Al finalizar el “bombardeo”, se pondrá en común lo que ha sentido cada participante que ha sido piropeada.

Después, la sesión continuará con la explicación de en qué consiste el ejercicio “Mi diario de emociones positivas”. El ejercicio es similar al conocido “Diario de gratitud”. Mediante este ejercicio se pretende que las participantes tengan más en cuenta sus emociones positivas diarias y se focalicen menos en las negativas. Para ello, deberán llevar un diario de las emociones positivas que hayan experimentado durante el día. Deberán rellenarlo por la noche, antes de acostarse. Al rellenarlo, deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El evento que las llevó a experimentar dicha emoción positiva.
- Describir las emociones y nombrarlas, por ejemplo, alegría, entusiasmo, amor, asombro, tranquilidad, etc.

- Escribir lo que ocasiona sentir estas emociones, cómo afecta a su estado de ánimo y si estas han influenciado en actividades posteriores.

Se realizará un ejemplo de diario durante la sesión para que entiendan cómo deben realizarlo en casa (véase el anexo IV).

Sesión nº 6:

Objetivos

- Que las participantes incrementen su optimismo acerca de eventos futuros.
- Que las participantes aprendan la importancia que tienen los valores y las metas en el bienestar personal, sobre todo cuando estos son consonantes con las mismas.

Actividad

“Mi mejor yo posible”. Este ejercicio consiste en “una técnica de pensamiento futuro positivo, que requiere que la persona se visualice y escriba sobre un futuro en el que ha trabajado mucho y, gracias a ello, ha conseguido todos sus objetivos y ha desarrollado todas sus potencialidades” (Peters, Flink, Boersma y Linton, 2010). Con esta actividad pretendemos trabajar las expectativas positivas sobre los eventos futuros (optimismo disposicional). Esta actividad está adaptada de lo propuesto en Enrique et al. (2016).

Desarrollo de la sesión

En primer lugar, se realizará una revisión de las tareas para casa. Para ello, las participantes deberán leer en voz alta su diario de emociones positivas, llevándose a cabo una puesta en común de los aspectos más importantes que vayan surgiendo. Después, se explicará a las participantes en qué consisten los valores.

Los valores son virtudes, principios o cualidades que determinan a un individuo, a un objeto, o a una acción que se cree especialmente positiva o de mucha prevalencia dentro de un grupo social. Los valores son cualidades que resaltan en cada persona y que, a su vez, lo promueve a actuar de una manera u otra porque es parte de sus creencias, caracterizan su comportamiento y demuestran sus sentimientos y sus intereses. (Martínez, 2020)

Es importante que nuestras metas sean consonantes con nuestros valores porque orientan a la hora de tomar mejores decisiones en la vida, proporcionan seguridad y coherencia, y ayudan

a tener equilibrio. Cuando dirigimos nuestra vida de acuerdo a nuestros valores, nos sentimos más satisfechos con la misma.

A continuación de esta explicación teórica, se pedirá a las participantes que imaginen y escriban en un folio cómo sería su “mejor yo posible”. Para ello, será importante que se centren en 4 ámbitos: personal, social, profesional y de la salud. Se les pedirá que tengan en cuenta sus valores personales a la hora de realizar el ejercicio. Tendrán que describirlos con el máximo detalle posible. Les daremos 20 minutos para realizar el ejercicio. Cuando hayan terminado, se les entrenará en visualización, pidiéndoles que se imaginen un limón, prestando máxima atención a todos los detalles. Las participantes deberán realizar el ejercicio de visualización con el contenido que han escrito en sus folios. Tendrán 5 minutos para ello. Cuando hayan finalizado, se pondrán en común los objetivos planteados por cada participante en las diferentes áreas y se reflexionará acerca de si las metas eran realistas y alcanzables. Se reforzará el esfuerzo realizado y se invitará a las mujeres a darle la bienvenida a su mejor yo futuro, así como a cuidarlo y hacerlo crecer. Para enfatizar lo importante que es este punto, se soplará una vela, que representará el nacimiento de ese nuevo mejor yo. Finalmente, se pedirá a las participantes que reflexionen acerca de si sus metas están en consonancia con sus valores.

La tarea para casa consistirá en llevarse a casa lo que escribieron y leerlo con detenimiento todos los días, por la mañana. Después deberán imaginar el contenido de la forma más vívida posible y anotar en un papel qué emociones han surgido al imaginarlo. La segunda tarea para casa consistirá en pedir a las participantes que describan en un papel cuáles son sus metas en la vida y las comparen con lo que escribieron en el ejercicio “Mi mejor yo posible”. Se les pedirá que analicen si sus metas son congruentes con sus valores.

Materiales

Velas y un mechero.

Sesión nº 7:

Objetivos

Que las participantes desarrollen conciencia sobre las cosas buenas que viven a diario y que normalmente se dan por sentado y estén agradecidas por ellas.

Actividad

Agradecer las cosas positivas que nos ocurren en la vida.

Desarrollo de la sesión

Se comenzará la sesión repasando las tareas de la semana anterior. Para ello, se pedirá a las participantes que escriban en la pizarra las emociones surgidas al imaginarse su “mejor yo posible”. Se hará una puesta en común sobre lo más importante. Más tarde, se les pedirá que lean cuáles son las metas que tienen en la vida y que comenten si están en consonancia con sus valores.

Después, se explicará en qué consiste la gratitud y cómo esta fortaleza influye en nuestro bienestar. Se recalcará a las mujeres que es muy importante ponerla en práctica, pues permite reconocer los aspectos positivos de la vida. Se debatirán estas cuestiones antes de pasar al siguiente punto. Acto seguido, se solicitará a las participantes que piensen en las actividades que realizan a diario, las que forman parte de su vida cotidiana. Ejemplos de estas actividades pueden ser: desayunar algo apetitoso, compartir experiencias con sus familias, visualizar una buena película, ducharse con agua caliente, tomar un café relajadamente en una cafetería, etc. También puede pensarse en cosas materiales que se poseen (una cama cómoda, un ordenador, un reloj...), en las propias habilidades o talentos (hacer manualidades, coser, tocar algún instrumento...) o en las personas que forman parte de sus vidas. Pueden ser cosas simples o trascendentales. Se pondrá música relajante para facilitar el recuerdo y se dejarán unos minutos para que cada participante piense sobre ello, con los ojos cerrados. Después, se pondrán en común las cosas sobre las que se han pensado y se enfatizará que es importante que se sientan agradecidas por tener esas cosas en sus vidas.

Por último, se les pedirá que realicen en casa un “diario de gratitud”. Deberán llevar a cabo un diario donde anoten cada noche algo por lo que se hayan sentido agradecidas ese día. Esto lo realizarán cada día hasta la siguiente sesión, a la que deberán traer el diario y compartirlo con las demás compañeras, aunque se les pedirá que sigan realizándolo cada día durante al menos un mes, con el fin de generar un hábito y un estado de agradecimiento constante.

Sesión nº 8:

Objetivos

Que las participantes incrementen la gratitud interpersonal.

Actividad

- “La carta de agradecimiento”.
- “Te agradezco que...”.

Desarrollo de la sesión

La sesión empezará con la lectura del diario de gratitud realizado durante los días de la semana anterior, compartiéndolo con las demás compañeras del grupo. Para ello, cada una deberá leer su diario y las demás deberán ofrecer retroalimentación acerca de lo que sus compañeras han leído.

Después, se realizará la actividad llamada “La carta de agradecimiento”. Esta actividad consiste en que las participantes redacten una carta para mostrar todo el agradecimiento que sienten por una persona concreta y se la entreguen en persona, siempre y cuando ellas deseen entregársela (esto lo dejaremos a su elección para que se sientan más libres con lo que escriban). Se les pedirá que redacten esa carta de la forma más detallada posible. Se deben expresar todas las grandes cualidades de la persona destinataria y cómo ésta ha impactado en la vida de la persona que escribe la carta. El destinatario de la carta puede ser una amiga, un profesor o una compañera de trabajo, por ejemplo. Para redactar la carta lo mejor posible, les daremos a las participantes las siguientes pautas: escribir la carta como si se estuvieran dirigiendo a la persona directamente, describir lo que esa persona hizo para hacerles sentir gratitud y de qué forma ha impactado en sus vidas, describir su situación actual y cómo recuerdan a menudo su acto de generosidad o amabilidad. La carta deberá tener una extensión aproximada de 300 palabras.

La segunda actividad que se trabajará en la sesión se llama “Te agradezco que...”. Esta actividad es sencilla. Las participantes se dividirán en dos filas enfrentadas, de modo que cada participante tenga en frente a otra participante. Entonces, tendrán que decirse algo por lo que se sientan agradecidas (normalmente será por algo que haya ocurrido durante las sesiones del programa, si es que las participantes no se conocían con anterioridad). Cuando hayan terminado, correrán un puesto y repetirán el ejercicio con la compañera que tengan nuevamente en frente.

Por último, las tareas para casa serán las siguientes: entregar la carta de agradecimiento a su destinatario, en persona (o no, depende de si han elegido hacerlo o no) y anotar cómo se sintieron después (o cómo se sintieron mientras y después de escribir la carta), así como aquello que les dijo el destinatario (nuevamente, en el caso de que la hayan entregado). Deberán anotar todo lo anterior para comentarlo en la siguiente sesión.

Sesión nº 9:

Objetivos

- Que las participantes recuerden los aspectos más importantes que se han tratado en el programa de intervención.

- Que las participantes estén preparadas para hacer frente a las posibles recaídas.
- Que las participantes evalúen el programa de intervención y proporcionen retroalimentación acerca de las cosas que se podrían mejorar.
- Evaluar los síntomas depresivos de las participantes tras la intervención.

Actividades

- “¿Qué hemos aprendido en el programa?”
- “¿Cómo podemos prevenir las recaídas y qué podemos hacer si volvemos a sentirnos deprimidas?”
- Cumplimentar los cuestionarios BDI-II, LOT-R y GR-20.
- Evaluar el programa de intervención por parte de las participantes.
- Cerrar de modo positivo el programa.

Desarrollo de la sesión

Esta última sesión comenzará repasando las tareas para casa. Se pedirá a las participantes que lean sus cartas de agradecimiento y cómo se sintieron al entregarlas, así como cuál fue la reacción o qué dijeron los destinatarios, en el caso de que la hayan entregado.

Se preguntará a las participantes cuál es su estado de ánimo al finalizar el programa y qué conclusiones sacan de estas 8 sesiones. Se hará una puesta en común de estos aspectos y se escribirán en la pizarra. Seguidamente, se realizará un repaso general de los aspectos más importantes del programa de intervención:

- Conceptualización y aspectos generales de la depresión, optimismo y gratitud.
- ¿Cómo nos puede ayudar la puesta en práctica de estas fortalezas para afrontar los síntomas depresivos? ¿Por qué es importante potenciarlas?

Después, se explicará a las participantes las diferencias entre una caída y una recaída. Acto seguido se hará hincapié en que deben seguir poniendo en práctica lo aprendido en casa, con el fin de generalizar y afianzar lo aprendido. Por último, se darán unas pautas sobre qué pueden hacer si se sienten deprimidas nuevamente: revisar sus pensamientos, realizar actividades agradables, pensar en cuando se sintieron así la última vez y cómo consiguieron sentirse mejor, etc. Si nada de esto funcionara, les daremos un teléfono de contacto para que soliciten ayuda.

Los siguientes minutos se dedicarán a rellenar nuevamente los cuestionarios BDI-II, LOT-R y GR-20 (evaluación post intervención).

La sesión continuará dando las gracias a las participantes y pidiéndoles que rellenen un cuestionario para evaluar los distintos aspectos del programa y así obtener retroalimentación sobre cómo mejorar el programa en un futuro (véase anexo V).

La sesión concluirá con una dinámica para despedirnos con buen sabor de boca. Se trata de “La metamorfosis” (<https://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/cierre/dinamica-la-metamorfosis/>). Además de ser una dinámica de cierre, la técnica pone énfasis en los logros conseguidos. De esta forma, las participantes podrán constatar y manifestar los efectos del programa al que han asistido. A través de la teatralización deberán representar los momentos iniciales y finales del programa. Deberán actuar, en clave de humor, aquello que denote el cambio de cómo llegaron al grupo y cómo se van. Así, se solicitará a las participantes que representen dos escenas. En la primera se verá cómo llegaron al programa. En la segunda deben actuar representando con humor cómo se van. Se dará un tiempo para pensar las escenas y luego generar un contexto y clima de teatro. También se acomodarán las sillas como si fueran butacas mirando hacia un escenario. Por último, se formará un gran corro en el que todas las participantes en la terapia estén abrazados y se realizará una despedida con un sonoro aplauso.

Materiales

- Cuestionario BDI-II.
- Cuestionario LOT-R.
- Cuestionario GR-20
- Cuestionario de evaluación del programa de intervención.

Resultados previstos

Tras la aplicación del programa de intervención en optimismo y gratitud se espera:

- Que las participantes del grupo experimental desarrollen un estilo explicativo y disposicional más optimista y que aumenten sus niveles de gratitud.
- Que este entrenamiento en optimismo y gratitud sea la causa de la reducción de los síntomas depresivos.
- Que los logros obtenidos sean permanentes en el tiempo.
- Que la reducción de los síntomas depresivos sea mayor en el grupo experimental que en el grupo control.

Si las hipótesis citadas anteriormente fueran confirmadas, entonces podríamos afirmar que el entrenamiento en fortalezas ha sido eficaz para desarrollar un estilo explicativo más optimista y aumentar los niveles de gratitud de las participantes, lo cual incidiría directamente en la disminución de la sintomatología depresiva. Asimismo, estaríamos en condiciones de afirmar que el entrenamiento en dichas fortalezas es más efectivo en la reducción de síntomas depresivos que un programa de intervención clásico basado en técnicas de cognitivo-conductuales. De encontrar apoyo a las hipótesis, el programa tendría que ser probado por otros investigadores con otros grupos para evaluar la efectividad del mismo. Esperamos que la eficacia del programa de intervención en fortalezas sea en torno a moderada-alta. Esto es esperable porque el programa ha sido diseñado tomando en cuenta los hallazgos encontrados en la literatura. Por ejemplo, “existe una correlación inversa entre optimismo y síntomas depresivos” (Chang y Sanna, 2001). “Existe evidencia de que la percepción de ser personas marcadas por un sentimiento positivo de uno mismo y una visión optimista del futuro, permiten a las personas afrontar las dificultades de la vida diaria, así como las situaciones especialmente estresantes” (Taylor et al., 2000). “La práctica de las fortalezas puede ayudar a los pacientes depresivos a superar su enfermedad ya que el ejercicio de las fortalezas genera emociones positivas, las cuales están disminuidas en las personas con depresión” (Fredrickson, 2001). “Un estilo atribucional depresivo es un factor de vulnerabilidad hacia un tipo específico de depresión (desesperanza aprendida) cuando el individuo se enfrenta a eventos negativos” (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), y parece existir evidencia acerca de que la gratitud, al igual que el optimismo, incide positivamente en nuestro bienestar (Emmons y McCullough, 2003).

Una implicación importante, si se confirma que el grupo experimental ha conseguido una mayor reducción de los síntomas depresivos que el grupo control, estribaría en que dispondríamos de terapias más eficaces contra la depresión. Y no solamente más eficaces. Además, estaríamos en disposición de ofrecer terapias más atractivas para los pacientes, con menos abandonos del tratamiento. Esto es así porque se observa en la práctica clínica que los pacientes experimentan en ocasiones bastante dificultad para realizar las tareas encomendadas derivadas de las técnicas clásicas cognitivo- conductuales (elaboración de autorregistros, experimentos conductuales, tareas de exposición en vez de evitación, etc.). En contraposición, las técnicas utilizadas en una intervención basada en psicología positiva serían mucho mejor aceptadas. Además, este tipo de intervención sería más atractiva para los pacientes, al estar

centrada en los aspectos positivos del individuo y llamar la atención sobre ellos; esto probablemente tenga una relevancia doble en pacientes depresivos, que normalmente suelen centrarse en los aspectos negativos de la situación y de ellos mismos.

No obstante lo expuesto en los párrafos anteriores, nuestro estudio también posee ciertas limitaciones. En primer lugar, las características de la muestra. Al tratarse de mujeres, podría resultar complicado extrapolar los resultados al sexo masculino. Quizá si se incluyera población masculina en futuros estudios, este aspecto podría ser resuelto. Otra de las limitaciones con las que nos podemos encontrar hace referencia al tamaño de la muestra. Al ser la muestra de tamaño pequeño, podría verse perjudicada la validez interna. En futuros estudios podría aumentarse el número de sujetos. Asimismo, algunas de las actividades del programa no han sido probadas con anterioridad, por lo que no sabemos a ciencia cierta el tamaño del efecto que puedan llegar a tener. En futuros estudios sería necesario realizar actividades ya contrastadas. Por último, también podemos citar como limitación el seguimiento de los resultados obtenidos. Más allá de los seis meses no tenemos certeza de que se vayan a mantener los logros del programa. Esto podría solventarse en un futuro realizando más sesiones de seguimiento, por ejemplo, a los 12, 18 y 24 meses.

Referencias

- Abela, J. R. Z., Aydin, C., y Auerbach, R. P. (2006). Operationalizing the vulnerability and stress components of the hopelessness theory of depression: A multi-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1565–1583. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.010>
- Abela, J. R. Z., Bronzina, K., y Seligman, M. E. P. (2004). A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 111-128.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Akhtar, M. (2012). *Positive Psychology for Overcoming Depression*. Watkins publishing
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez, C. (2000). La prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Alarcón, R. (2009). *Psicología de la felicidad. Introducción a la psicología positiva*. Ed. Universitaria.
- Almedom, A.M., y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. McGraw-Hill.

- Bernabé-Valero, G, García-Alandete, J., y Gallego-Pérez, J. F., (2014). Construcción de un cuestionario para la evaluación de la gratitud: el Cuestionario de Gratitud-20 ítems (G-20). *Anales de Psicología*, 30(1), 278-286. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.135511>
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., y Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27–34.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A., y Westerhof, G. J. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿Por qué son importantes y cómo funcionan? [Positive clinical interventions: Why are they important and how do they work?]. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 34–41. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819>
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., y Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Burns, D. (2010). *Sentirse bien: Una nueva terapia contra las depresiones*. Editorial Paidós Ibérica.
- Calvete, E, Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés*. 13. 215-227.
- Cano, A., Salguero, J., Wood, C., y Dongil, E. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Cardila, F., Martos, A., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., y Gázquez, J. J., (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279. doi: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.118>.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19 -35.
- Chang E. C., y Sanna L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3): 524-31.

- CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C. y Seligman, M. (2005) Shared Virtue: The Convergence of Valued Human Strengths across Culture and History. *Review of General Psychology*, 9, 203-213. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.203>.
- Del Barrio, V., Frías, D., y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 471-476.
- Emmons, R. A., y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389.
- Enrique, A., Molinari, G., Llorca, G., y Botella, C. (2016). “Mi mejor yo”: diseño de una intervención positiva aplicada en formato grupal y apoyada en las TIC. *Ágora de salut*. 121-129. 10.6035/AgoraSalut.2016.3.13.
- Farfallini, L. (2014). *Validación de una intervención positiva autoaplicada orientada al bienestar: Earth of Wellbeing*. [Tesis doctoral inédita] Universitat Jaume I.
- Ferrando, P. J., Chico, E., y Tous, J. M. (2002). Psychometric properties of the Life Orientation Test (LOT). *Psicothema*, 14, 673-680.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. (2008). Promoting positive affect. En M. Eid y R.J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 449–468). Guilford Press.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. Crown.
- Froh, J. J., Sefick, W. J., y Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46, 213-233.
- García, M.J., y Tobías, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27(7), 484-488.
- Gázquez, J.J., Pérez, M.C., Lucas, F., y Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327-333.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., y Berndt, E. R. (1993). Depression: a

- neglected major illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 419–24.
- Gutiérrez, J.A., Montoya, L.P., Toro, B.E., Briñón, M.A., Rosas, E., y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Hanson, K. (2019) Positive Psychology for Overcoming Symptoms of Depression: A Pilot Study Exploring the Efficacy of a Positive Psychology Self-Help Book versus a CBT Self-Help Book. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. Jan;47(1):95-113. doi: 10.1017/S1352465818000218.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1097–1106.
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., y Bohlmeijer, E. (2019). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies*. 20, 1–34.
- Hirsch, J. K., Conner, K.R., Duberstein, P.R., (2007). Optimism and suicide ideation among young adult college students. *Archives of Suicide Research*; 11(2): 177-85.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., y Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095–3105.
- Martín-Águeda, B., López-Muñoz, F., Rubio, G., García-García, P., Silva, A., y Álamo, C. (2006). Current situation of depression healthcare in Spain: Results of a psychiatrist survey. *European Journal of Psychiatry* 20:211-223.
- Martínez Martí, M. L., (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3),245-258.[fecha de Consulta 29 de Diciembre de 2020]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180613871003>

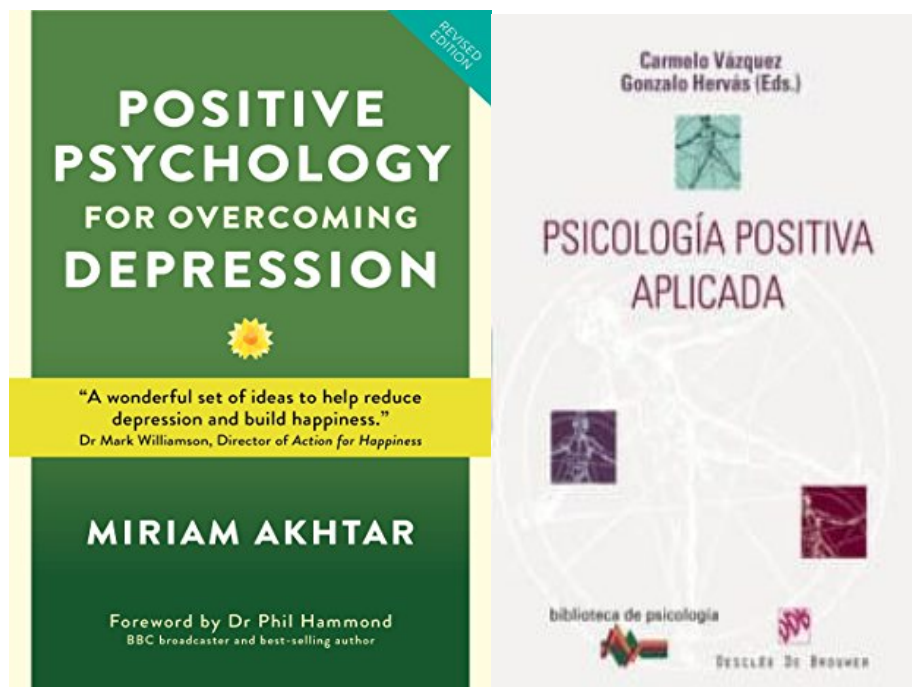
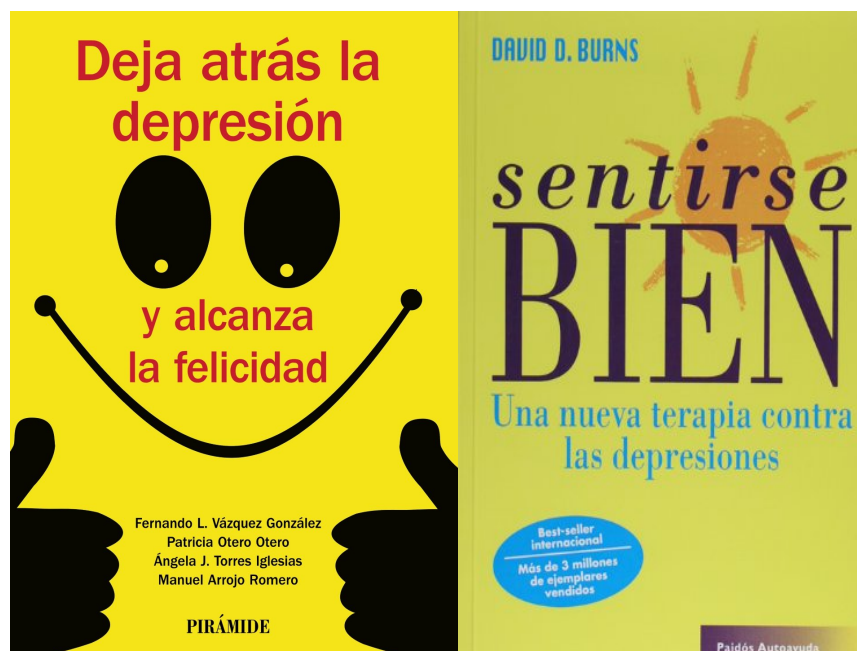
- Mathers, C. D., y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 3(11), doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- McCullough, M., Kilpatrick, S., Emmons, R., y Larson, D. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127(2), 249-266. doi: 10.1037/0033-2909.127.2.249.
- Mira, A., Bretón-López, J., Enrique, A., Castilla, D., García-Palacios, A., Baños, R., y Botella, C., (2018) Exploring the Incorporation of a PositivePsychology Component in a Cognitive Behavioral Internet-Based Program for Depressive Symptoms. Results Throughout the Intervention Process. *Front. Psychol.* 9:2360.doi: 10.3389/fpsyg.2018.02360
- Myers, D. (2000). *Hope and happiness*. Manuscript to appear in J.E. Gillham (Ed.) The science of optimism and hope: essays in honor of Martin E.P. Seligman. Radnor, PA: Templeton Foundation Press.
- Oquendo, M. A., Kamali, M., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Malone, K. M., Brodsky, B. S., Sackeim, H.A., y Mann, J. J. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1746–1751.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, F., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la Personalidad. Manual de Prácticas*. Ariel Practicum.
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., y Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *The Journal of Positive Psychology*, 5, 204-211.
- Peterson, C. and Seligman, M.E.P., (1987). Explanatory Style and Illness. *Journal of Personality*, 55: 237-265. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00436.x>
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., y Vaillant, G., (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Poseck, B. V. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 27(1), pp. 3-8.
- Real Academia Española. (s.f.). Cultura. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 29 de diciembre de 2020, de <https://dle.rae.es/cultura?m=form>

- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., y Visscher, B. R., (1999). Negative HIV specific expectancies and AIDS related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV positive gay men. *Health Psychology*, 18, 354-363.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H., y Visscher, B. R. (1994). "Realistic acceptance" as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Ruini C., y Cesetti G. (2019). Spotlight on eudaimonia and depression. A systematic review of the literature over the past 5 years. *Psychoy Research and Behavior Management*. 12 767–792. 10.2147/PRBM.S178255.
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A.C., Carta, M. G., Nardi, A.E., y Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 221-237.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Anal Mod Cond*; 29(124):239–88.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3),249-280.[fecha de Consulta 2 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180617972001>
- Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F., y Rojas-Farreras, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39(7), 354-360.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1.063-1.078.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*; 4(3): 219-47.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., y Bridges, M. W. (2001). *Optimism, pessimism, and psychological well-being*. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications*

- for theory, research, and practice* (p. 189–216). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10385-009>
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410- 421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Simon, G. E., Fleck, M., Lucas, R., y Bushnell, D. M. (2004). LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *American Journal of Psychiatry*. Sep;161(9):1626-34. doi: 10.1176/appi.ajp.161.9.1626. PMID: 15337653.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Clinical Psychology*. 65: 467-487. 10.1002/jclp.20593.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy 3rd, F. V., Brody, D., y Davis, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRI-MEMD 1000 Study. *JAMA*, 274, 1511–1517.
- Steele, A., y Wade, T.D. (2004). The contribution of optimism and quality of life to depression in an acute coronary syndrome population. *European Journal of Cardiovascular Nursing*; 3(3): 231-7.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall L.G., Schneider, S.C., Rodriguez, R., y Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., y Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.

- Urbina, J.R., Flores, J.M., García, M.P., Torres, L., y Torrubias, R.M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Vázquez González, F.L., Otero Otero, P., Torres Iglesias, A.J. y Arrojo Romero, M. (2016). *Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad*. Ediciones Pirámide.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Editorial Desclee De Brouwer.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Coords.) (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Editorial Alianza.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. Y. (2006). "Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones". *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). "Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva", en *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, núm. 5, 2009, pp. 15-28.

Anexo I. *Material de base para elaborar las instrucciones necesarias para trabajar los aspectos psicoeducativos de la depresión.*



Anexo II. *La solitaria casa de campo.*

Se cuenta a las participantes la siguiente historia:

“Son las 23:45 h. de la noche. Hace viento. Una mujer, llamada Sonia, duerme sola en una aislada casa de campo, a las afueras de la ciudad. No hay ninguna otra casa cerca, no hay vecinos alrededor. Minutos antes, Sonia ha escuchado por la radio que un peligroso delincuente anda suelto y que la policía lo está buscando. Mientras Sonia duerme, se escucha un ruido proveniente de la habitación de al lado. El ruido es parecido al que hace una ventana al abrirse. Sonia se despierta al escuchar el ruido”.

Se realizan a las participantes las siguientes preguntas, generando un debate entre todos:

- “¿Cómo creéis que se siente Sonia?”
- “¿Por qué creéis que se siente de esa manera?” “¿Ha sido por el ruido que ha escuchado en la planta de arriba?”
- “¿Cuál ha podido ser el pensamiento de Sonia?” “¿Creéis que puede haber influido en cómo se haya sentido?”
- “¿Qué pensáis que hará Sonia después?” “¿De qué depende que haga una cosa u otra?”
- “¿Cómo creéis que se sentirá Sonia después de hacer aquello que habéis dicho que hará?”

De esta manera, se pretende enseñar a las participantes a distinguir entre situación, pensamiento, emoción y conducta. También la relación que existe entre esos elementos y cómo, cambiando la situación, el pensamiento o la conducta, podemos también modificar cómo nos sentimos.



Anexo III. Autorregistro ABC.

FECHA Y HORA	SITUACIÓN <i>¿Dónde estoy? ¿Qué estoy haciendo? ¿Qué ha pasado? ¿Con quién?</i>	PENSAMIENTO <i>¿Qué estoy pensando en este instante? “Pienso que...”</i>	SENTIMIENTO <i>¿Qué siento ahora mismo? (0-10) S. físicas y emociones</i>	CONDUCTA <i>¿Qué hago después?</i>	SENTIMIENTO <i>¿Cómo me siento después? (0-10)</i>

Anexo IV. *“Mi diario de emociones positivas”.*

¿Qué emociones positivas he tenido la suerte de sentir hoy?:

¿Qué eventos han hecho que surgieran en mí estas emociones positivas?

¿Cómo han repercutido en mí estas emociones positivas? ¿Cómo han influido en mi estado de ánimo? ¿Qué efectos posteriores han tenido?

Anexo V. Cuestionario de evaluación.

A continuación, encontrará una serie de cuestiones relacionadas con el programa al que ha asistido. Por favor, sea sincera y marque con una cruz la opción que mejor refleje sus impresiones. Este cuestionario es anónimo, por lo que no tiene que reflejar su nombre en ningún lugar.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

RESPECTO AL PSICÓLOGO	5	4	3	2	1
Considera que ha sido puntual					
Considera que el trato ha sido agradable					
Cree que domina los contenidos					
Lo ha percibido seguro/a cuando se le han planteado dudas					
Percibe que los contenidos han estado suficientemente organizados					
Considera que viste de forma adecuada					

¿Qué cree usted que podría mejorar el psicólogo?:

RESPECTO A LAS ACTIVIDADES	5	4	3	2	1
Considera que han sido variadas					
Considera que han sido interesantes					
Cree que han sido útiles					
Considera que han sido fáciles					
Considera que las tareas para casa han sido suficientes, ni muchas ni pocas					
Considera que el número de sesiones es óptimo					

¿Qué cree usted que podría mejorarse con respecto a las actividades?:

Anexo VI. *Presupuesto orientativo desglosado.*

Recursos materiales	Precio (€)	Unidad	Coste (€)
Paquete de folios A4	3 €	2 unidades	6 €
Pizarra	50 €	1 unidad	50 €
Tizas	2 €	1 caja	2 €
Ordenador	400 €	1 unidad	400 €
Proyector	200 €	1 unidad	200 €
Altavoces	40 €	1 unidad	40 €
Fotocopias en blanco y negro	0,05 €	300 unidades	15 €
Hojas de respuesta BDI-II	1,11 €	60 unidades	66,6 €

Recursos humanos	Precio (€)	Horas	Coste (€)
Psicólogo (por la intervención)	60 €	27 horas	1620 €
Psicólogo (por la evaluación)	40 €	4 horas	160 €

Coste total recursos materiales: 779,6 €

Coste total recursos humanos: 1780 €

Suma total: 2559,6 €