

Assessment of a psychological intervention to cultivate Positive Mental Health - Evaluación de
una intervención psicológica para cultivar la Salud Mental Positiva

Tesis doctoral presentada por:

Sare Sarrionandia Vadillo

Programa de Doctorado en Psicología, Universidad de Deusto

Dirigida por:

Dra. Susana Gorbeña Etxebarria

Dr. Ioseba Iraurgi Castillo

Bilbao, 2022

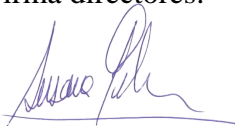
**Assessment of a psychological intervention to cultivate Positive Mental
Health**

**Evaluación de una intervención psicológica para cultivar la Salud Mental
Positiva**

Tesis doctoral presentada por Sare Sarrionandia Vadillo

Dirigida por la Dr. Susana Gorbeña Etxebarria y el Dr. Ioseba Iraurgi Castillo

Firma directores:

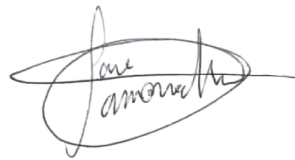


Susana Gorbeña Etxebarria



Ioseba Iraurgi Castillo

Firma doctoranda:



Sare Sarrionandia Vadillo

Bilbao, 2022

Agradecimientos

A pesar de que la tesis doctoral es un camino algo solitario, no deja de haber muchísimas personas por detrás que han contribuido, ayudado, apoyado a nivel profesional y personal todo este proceso, y a las que quisiera dedicar unas líneas antes de presentar el trabajo. Es muy difícil abarcar a todos los que han contribuido de alguna forma en este trabajo.

Aunque la tesis doctoral no empezó hasta 2019, ya dos años antes tuve la oportunidad de empezar mi Trabajo de Fin de Máster con el que hoy en día es uno de mis directores, el Dr. Ioseba Iraurgi. No puedo sino empezar por él, por ver algo en mí, por encontrar potencial donde probablemente ni yo sabía que lo había, y recomendarme continuar trabajando en ese primer acercamiento a la investigación. Gracias por recomendarme para el proyecto de esta intervención y por abrirme esa puerta. Gracias a mi otra directora, la Dra. Susana Gorbeña, por aceptarme en un proyecto que sé que ha creado con años de estudio, esfuerzo y dedicación, y por compartir conmigo una parte de ese trabajo. Vuestro acompañamiento en los años de tesis ha sido fundamental en muchos aspectos.

Gracias a la Fundación Jesús Gangoiti Barrera por esa primera beca de investigación que me otorgaron el 2019 y que me dio la oportunidad de empezar, sin ni siquiera saberlo, con mi tesis. Gracias a la Universidad de Deusto por el Programa de Doctorado en Psicología, por la oportunidad de estudio, y por el contrato ofrecido en Formación al Personal Investigador (FPI) y a todo el equipo que hay detrás, en cada papeleo con DIRS y DEIKER y en cada firma, curso o certificado con los profesionales que nos acompañan en el doctorado.

Gracias a todo el equipo *de Evaluación, Clínica y Salud* que me ha acogido y acompañado con cariño estos años. Sobre todo, gracias al Dr. Ignacio Gómez, que ha confiado en el proyecto, se ha

sumado y ha colaborado conmigo y con todos los que hacemos esta intervención cediendo su esfuerzo, tiempo, dedicación... Gracias por la confianza y el cariño de estos años.

A todo el equipo pre-doc con el que he tenido la suerte de coincidir en todos los seminarios y cursos para aprender, escuchar y desahogarnos, y especialmente al grupo con el que he compartido horas de *Zulo*. A Nerea I., Nerea E., Jaione, y todos los que habéis pasado por ese despacho. Nos ha visto reír y llorar, que no es poco. Gracias a Laura y Alex, con los que he compartido años duros durante y después de la pandemia. Laura, gracias por escuchar siempre, por estar ahí, por dedicar tu primera media hora de la mañana a recoger toda la frustración que necesitaba sacar. No sé si sabes cómo me has escuchado, lo que me has aportado sólo estando conmigo, y lo bien que sé que vas a continuar tu camino. Alex, gracias por los últimos meses mano a mano, gracias por los días que sé que has venido sólo a hacerme compañía. El despacho habría estado muy vacío sin ti.

Gracias a Patricia P. y Patricia M. Habéis sido compañeras de trabajo, pero también amigas. Gracias por, ni sé cómo, encontrar hueco en el medio de vuestras ya de por sí complicadas tesis para hacerle sitio a la mía. Gracias por cada grupo, sesión, repaso, videollamada y café que habéis compartido conmigo. Gracias por enseñarme cómo debía hacer cada trámite, por apoyarme cuando algo se torcía, por acompañarme a congresos, comidas, cafés e incluso al gimnasio. Maci, ahora que he tenido que escribir de verdad la tesis veo aún más lo caótico que fue tu último año y todavía te admiro más por ello. Patri, de ti siempre he admirado tu constancia y trabajo, menos mal que me has guiado por todos los pasos. Gracias por cada golpe al saco aquellas tardes.

Gracias a los equipos de *DeustoCampus* y *DeustoBide* por aceptar nuestros proyectos y hacernos un hueco también en vuestro día a día, por ayudarnos a difundir y aplicar la intervención con vuestros colectivos. Gracias a la Fundación Gorabide, y especialmente a Diana Cabezas, Emma Ballus, Laura Cabezas y Johanna López, por venir a la formación, compartir esos

momentos, y dejarnos acercarnos a vuestros usuarios. Por la confianza que habéis demostrado en nuestro trabajo y en mí personalmente para dejarme trabajar con ellos.

Gracias a aquel primer grupo de psicólogos acostumbrados a ser los que escuchaban que tuvimos que experimentar, abrirnos y contar cómo había sido cada actividad para nosotros. No fue sencillo, y sentirse arropada por vosotros facilitó el camino.

Gracias también a la Universidad Alma Mater Studiorum (UNIBO) de Bologna, Italia, y más concretamente a la Dr. Chiara Ruini, por acogerme durante esos cuatro meses de trabajo. Gracias por confiar en nuestra propuesta y dejarnos aplicar la intervención con vuestros estudiantes. Gracias a Ale, Bea y Sabri, que aún con la barrera del idioma y con lo difícil que se puso a veces, habéis conducido la intervención siempre con una sonrisa, en cada viodellamada, sesión y repaso. Gracias a Pol, Laura, Lucía J., Lucía B., Ina, y todos los que compartisteis *Erasmus* conmigo, por acogerme aunque mi trabajo se parecía poco o nada a lo que vosotros hacíais allí, y tomaros un *spritz* conmigo cuando las cosas se complicaban.

Gracias a mis amigos. A todo los que han estado de alguna forma conmigo estos años, a los que os traigo desde la infancia –gracias Iñigo, Xabi, Borja, Alex –y a los que me habéis acompañado en todo este camino de la universidad. Gracias a Iker y Mikel, que empezasteis conmigo la uni hace diez años, y que he tenido la suerte de que os hayáis quedado hasta ahora. A otros amigos que Deusto me ha dado: Leire, Adri, Aida y Eneko. A todo lo que me he reído y divertido con todos vosotros este tiempo. Todo tiene altibajos, y nosotros también, pero habéis estado en las épocas más difíciles, y de una forma u otra este camino no sería el mismo sin vosotros. Habéis sido a los que os he mandado frustraciones y dudas y las habéis recogido con cariño y paciencia.

Gracias Agus, porque sé que lo único que te hemos transmitido a veces Amaia y yo de la tesis ha sido desesperación y estrés, y tú has sonreído y te has tomado un *kali* con nosotras. Gracias a

las dos por ser mi trío, por estar conmigo, por ser las que no fallan. Porque lo hemos pasado todo, bueno y malo, y siempre estáis al otro lado de los audios cuando se necesita hablar. Gracias por ser en las que pienso cuando se habla de envejecer con amigas, de la familia que se elige. Sin vosotras dos no sé qué sería de mí.

De nuevo a Amaia, y a Vic. A los dos que no sé en qué momento se metieron a la vez que yo al *juego de la universidad*, donde creo que ninguno ha ganado del todo. Ya vamos a dejar de jugar pronto, tranquilos. Habéis sufrido conmigo todos los procesos, los altibajos, la desesperación. No os voy a decir que no ha sido para tanto, porque sí lo es, y la gente que dice que no... bueno, creo que se quieren convencer. La tesis es un camino duro, que a veces quien no está en él no puede entender del todo, y no sé ni cómo he tenido tanta suerte de que vosotros hayáis compartido este camino conmigo. La ironía de hacer una tesis en salud mental y sentir que pierdes la tuya por el camino, tal vez sólo la entendáis del todo vosotros. Sobreviviremos a la tesis. Luego... ya veremos.

A Jon. Te merecerías un libro para ti solo. Gracias por aguantar lo peor. Gracias por enfadarte conmigo, por alegrarte conmigo, por celebrar conmigo. Sé que hay cosas de mi trabajo que aún ni entiendes, pero que ya te sabes de memoria de tanto que te las repito. Gracias por cubrirme cuando yo sola no he podido. Por cuando te ha tocado hacer la compra, la comida, pasear a Kovu, recoger la casa, levantarte antes, e incluso traerme la comida y un café al despacho porque yo no daba más de mí misma. Gracias por entender cuando he tocado fondo y por estar ahí para sostenernos a los dos. Probablemente has tenido que aguantar cosas que no deberían haberte tocado a ti, frustraciones que no te correspondían y enfados sin sentido. Gracias por tenerme paciencia, por ver que necesitaba sacar fuera el estrés, la ansiedad y la falta de gestión emocional que he tenido estos últimos meses. Gracias porque sé que tú también has tenido momentos en los que parecía que no podías más, y has tenido que poder por los dos. Sabes que no se me da bien transmitir lo que

siento, pero espero de corazón que tú lo sepas. Que de alguna forma me entiendas, y sepas lo que te agradezco todo, lo que te debo, lo que nunca tal vez podré devolverte. Que Kovu y tú sois lo que me ha mantenido a flote, los amores de mi vida.

Gracias a toda mi familia, a los que saben un poco más de qué va esto de hacer una tesis, y a los que tal vez no terminan de saber, pero ahí están.

Gracias a mis padres.

Aita, ama... Nosotros que no solemos decir demasiado estas cosas... no sabría ni por dónde empezar. Gracias por todo vuestro apoyo, por animarme a estudiar, por decir que sí a psicología, al máster, a la beca, a la tesis. A todo lo que me fue surgiendo y de vosotros siempre recibí apoyo y amor. Gracias por cuidarme, por quererme, con criarme. Gracias por enseñarme trabajo duro, por tomarnos un café todos los días del confinamiento, por charlar, por cada llamada de “¿cómo va la tesis?” que sé que a veces he respondido demasiado vagamente. Gracias por los desayunos de los domingos y por los abrazos cuando han hecho falta. Gracias por los artículos que os he pasado en inglés y que habéis aplaudido sólo por ver mi nombre. Gracias por hacerme saber, hasta el último día, que seguiría contando con vosotros necesitara lo que necesitara. Gracias por ser los que me han dicho que, si necesitaba más tiempo, me lo dabais, cuando el tiempo parecía agotarse. Gracias por ser tan buen ejemplo. Eskerrik asko aita y ama, sois los mejores y os quiero.

Y por último, gracias a todas las personas, más de 300, que de alguna forma han participado en la intervención. Hemos diseñado lo que esperamos que sea una herramienta para ayudaros con vuestra salud mental, pero vosotros habéis confiado en ella, en el proceso, y en nosotros. Gracias a cada persona que ha estado en mis grupos y también a aquellas que habéis estado con otros conductores. Nada de esto se podía haber hecho sin vosotros.

Probablemente me deje a alguien. Este camino ha durado cuatro años y se ha sentido como toda una vida. Miles de personas han participado en mayor o menor medida y todas se merecen un hueco en estas líneas. A todos vosotros,

Eskerrik asko. Gracias. Thank you.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTATION OF THE THESIS - PRESENTACIÓN DE LA TESIS	15
1. MODELOS DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL.....	26
1.1 MODELO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF (1989)	28
1.2 MODELO DE FLORECIMIENTO DE COREY L. KEYES (1998)	32
1.3 MODELO PERMA DE BIENESTAR DE MARTIN SELIGMAN (2011)	38
1.4 MODELO DE FLORECIMIENTO DE FELICIA A. HUPPERT Y TIMOTHY T. C. SO (2013)	40
2. INTERVENCIONES EN BIENESTAR, FLORECIMIENTO Y SALUD.....	44
2.1 PRIMERAS INTERVENCIONES EN BIENESTAR	46
2.1.1 <i>Programa para incrementar la felicidad – M. W. Fordyce (1977)</i>	46
2.1.2 <i>Guía para la felicidad personal – A. Ellis & I. Becker (1982)</i>	48
2.1.3 <i>Terapia de calidad de vida – M. B. Frisch (1998)</i>	50
2.1.4 <i>Terapia del bienestar – G. A. Fava (1999)</i>	52
2.2 INTERVENCIONES EN PSICOLOGÍA POSITIVA	54
2.2.1 <i>Revisiones en el ámbito de la psicología positiva</i>	57
3. INTERVENCIONES MULTICOMPONENTES Y GRUPALES: SCOPING REVIEW.....	63
3.1 OBJETIVO.....	64
3.2 MÉTODO.....	65
3.3 RESULTADOS.....	68
3.4 CONCLUSIÓN	72
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	84
4.1 OBJETIVO PRINCIPAL	85
4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS ESTUDIO 1	85
4.3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS ESTUDIO 2.....	86
4.4 OBJETIVOS E HIPÓTESIS ESTUDIO 3.....	87
5. MÉTODO GENERAL	88
5.1 DISEÑO	89
5.2 LA INTERVENCIÓN	89
5.2.1 <i>Objetivo y fundamentación</i>	89
5.2.2 <i>Selección de participantes</i>	91
5.2.3 <i>Evaluación</i>	91
5.2.4 <i>El Programa</i>	92
5.2.4.1 <i>Sesión 1 – Bienestar</i>	93
5.2.4.2 <i>Sesión 2 – Emociones</i>	94
5.2.4.3 <i>Sesión 3 – Agradecimiento</i>	96

5.2.4.4	<i>Sesión 4 – Fortalezas Personales</i>	98
5.2.4.5	<i>Sesión 5 – Sentido y Propósito</i>	100
5.2.4.6	<i>Sesión 6 – Sí mismo y mundo posible</i>	102
5.2.4.7	<i>Sesión 7 – Crecimiento Personal</i>	105
5.2.4.8	<i>Sesión 8 – Recapitulación</i>	108
5.2.5	<i>Formación y supervisión de conductores</i>	110
5.3	PROCEDIMIENTO.....	111
5.3.1	<i>Consideraciones éticas</i>	112
5.3.2	<i>Análisis de datos</i>	113
6. DESIGN AND EVALUATION OF A POSITIVE INTERVENTION TO CULTIVATE MENTAL HEALTH: PRELIMINARY FINDINGS		114
6.1	ABSTRACT.....	115
6.2	INTRODUCTION.....	116
6.3	METHOD.....	119
6.3.1	<i>Participants</i>	119
6.3.2	<i>Instruments</i>	119
6.3.3	<i>Procedure</i>	120
6.3.4	<i>Data Analyses</i>	126
6.4	RESULTS.....	127
6.5	DISCUSSION.....	131
6.6	CONCLUSIONS.....	134
7. THE EFFECTS OF AN INTERVENTION TO IMPROVE MENTAL HEALTH DURING THE COVID-19 QUARANTINE: COMPARISON WITH A COVID CONTROL GROUP, AND A PRE- COVID INTERVENTION GROUP		135
7.1	ABSTRACT.....	136
7.2	INTRODUCTION.....	136
7.3	METHOD.....	139
7.3.1	<i>Participants</i>	139
7.3.2	<i>Instruments</i>	140
7.3.3	<i>Procedure</i>	142
7.3.4	<i>Data Analysis</i>	146
7.4	RESULTS.....	146
7.5	DISCUSSION.....	151
8. EFFECTS OF A MULTI COMPONENT POSITIVE INTERVENTION TO CULTIVATE MENTAL HEALTH IN OLDER ADULTS		156
8.1	ABSTRACT.....	157
8.2	INTRODUCTION.....	157
8.3	METHOD.....	160

8.3.1	<i>Participants</i>	160
8.3.2	<i>Instruments</i>	161
8.3.3	<i>Procedure</i>	163
8.3.4	<i>Data analysis</i>	165
8.4	RESULTS	166
8.5	DISCUSION	171
9.	DISCUSIÓN GENERAL	174
9.1	DICUSIÓN GENERAL	175
9.2	LIMITACIONES	186
9.3	LÍNEAS DE MEJORA.....	188
9.4	POSIBLES IMPLICACIONES PRÁCTICAS FUTURAS	193
10.	CONCLUSIONS - CONCLUSIONES	196
10.1	SPECIFIC OBJECTIVE 1: EVALUATION OF THE IMPLEMENTABILITY OF THE DESIGNED INTERVENTION.	197
10.1	OBJETIVO ESPECÍFICO 1: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN DISEÑADA.	198
10.2	SPECIFIC OBJECTIVE 2: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INTERVENTION AS A PROTECTIVE FACTOR IN THE FACE OF ADVERSITY.....	199
10.2	OBJETIVO ESPECÍFICO 2: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN COMO FACTOR DE PROTECCIÓN ANTE LA ADVERSIDAD.	200
10.3	SPECIFIC OBJECTIVE 3: ADAPTATION OF THE INTERVENTION AND APPLICATION TO THE GROUP OF OLDER ADULTS.....	201
10.3	OBJETIVO ESPECÍFICO 3: ADAPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y APLICACIÓN AL COLECTIVO DE ADULTOS MAYORES.	204
11.	REFERENCIAS	207
12.	ANEXOS	242

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1: Resumen de las dimensiones del Bienestar Psicológico según Carol Ryff (1989).....	29
Tabla 1.2: Resumen de las dimensiones del Bienestar Social según Corey L. Keyes (1998).....	34
Tabla 1.3: Resumen de las dimensiones del modelo PERMA de Seligman (2011).	39
Tabla 1.4: Componentes de la salud mental o bienestar en los diferentes modelos.....	43
Tabla 3.1: Artículos incluidos en la revisión de intervenciones en psicología positiva grupales multicomponente....	73
Tabla 5.1: Temáticas de las sesiones y componentes que cultivan.....	109
Table 6.1: Well-being and personal development program: summary of sessions.....	122
Table 6.2: Base line, post-test and 6-month measures: means, standard deviations, normalized test (Kolmogorov-Smirnov—K-S) and sphericity test (Mauchly’s W).....	128
Table 6.3: Repeated measures ANOVA for outcome variables	129
Table 6.4: Change assessment between baseline and post-intervention (T1–T2), and between baseline and 6-month follow-up (T1–T3).	130
Table 7.1: Well-being and personal development program.....	143
Table 7.2: Between-group contrast of change scores (MDif) on well-being indicators, mental health and mental distress	148
Table 8.1: personal development and well-being program: summary of sessions.....	164
Table 8.2: Comparisons at base line of present and lost cases outcomes variables on a decimal scale.....	167
Table 8.3: Comparisons at base line of intervention and control groups outcome variables	167
Table 8.4: Pre-post test change in intervention and control groups: mean differences and effect sizes.	168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1: Clasificación de los individuos en función de su nivel de salud mental y la presencia/ausencia de sintomatología patológica basada en el modelo de Keyes (2013).....	35
Figura 3.1: Diagrama de flujo del proceso de selección sistemática de estudios.....	67
Figure 6.1: Repeated measures trends of the principal outcomes.....	129
Figure 7.1: Evolution of outcomes in well-being indicators and positive mental health.....	147
Figure 7.2: Evolution of outcomes in mental distress and risk of ill mental health.....	150
Figure 8.1: Evolution of outcomes in well-being indicators and positive mental health.....	169
Figure 8.2: Evolution of outcomes in mental distress.....	170

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Primer informe del Comité Ético de la Universidad de Deusto.	243
Anexo 2: Segundo informe del Comité Ético de la Universidad de Deusto.	244
Anexo 3: Versión publicada del primer estudio: Desing and evaluation of a positive intervention to cultivate mental health: preliminary findings.....	245
Anexo 4: Versión publicada del segundo estudio: The effects of an intervention to improve mental health during the COVID-19 quarantine: comparison with a COVID control group, and a pre- COVID intervention group.....	255

PRESENTATION OF THE THESIS - PRESENTACIÓN DE LA TESIS

The main objective of this doctoral dissertation was to evaluate a positive psychological intervention designed to cultivate positive mental health. For this purpose, the model proposed by Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a) has been taken as a basis, which understands that positive mental health or flourishing can be defined as a set of symptoms that reflect positive emotionality and good psychosocial functioning, and is operationalised in three dimensions of well-being: subjective, psychological and social. The thesis comprised ten chapters distributed in four blocks: introduction, method, results and discussion.

The first block is composed of four chapters: the first three present the theoretical framework on which the design and application of the intervention are based, and the fourth one presents the objectives of the thesis. The first chapter presents some of the fundamental mental health model proposals that different authors have formulated over the years. While more traditional definitions of health have always taken a more pathologising view, seeking to treat imbalances in the body in order to maintain health, the definition adopted by the World Health Organisation (WHO) in 1946 proposed that health was 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 1946, 2020, pp. 1). Later in 1979, the creation of the concept of salutogenesis by sociologist Aaron Antonovsky, proposed that new models of health should move away from the study of risk factors and the etiology and prognosis of disease, and look for the origin of health itself and the factors that enhance it. Following this paradigm, various authors have investigated the variables that define and configure mental health, from models of purely hedonic or subjective well-being (life satisfaction and positive affect); models that include psychological well-being (positive psychological functioning of the individual as an personal entity) and finally models that add social well-being (positive functioning of the individual within the community, as a social entity). The second chapter then presents a brief summary of the

La presente tesis doctoral ha tenido como objetivo principal evaluar una intervención psicológica positiva diseñada para cultivar la salud mental positiva. Para ello, se ha tomado como base el modelo propuesto por Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a) que entiende que la salud mental positiva o florecimiento puede ser definida como un conjunto de síntomas que reflejan una emocionalidad positiva y un buen funcionamiento psicosocial, y se operativiza en tres dimensiones del bienestar: subjetivo, psicológico y social. La tesis cuenta con diez capítulos distribuidos en cuatro bloques: introducción, método, resultados y discusión.

El primer bloque está compuesto por cuatro capítulos: tres de ellos presentan el marco teórico sobre el que se sustenta el diseño y aplicación de la intervención, y el cuarto presenta los objetivos de la tesis. El primer capítulo presenta algunas de las propuestas de modelos de salud mental fundamentales que diferentes autores han formulado a lo largo de los años. Mientras que las definiciones más tradicionales de la salud siempre han tenido un punto de vista más patologizado, buscando tratar los desequilibrios del cuerpo para mantener la salud, la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 propuso que la salud era ‘un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades’ (OMS, 1946, 2020, pp. 1). Más adelante en 1979, la formulación del concepto de salutogénesis por parte del sociólogo Aaron Antonovsky, propuso que los nuevos modelos de salud debían alejarse del estudio de los factores de riesgo y la etiología y prognosis de las enfermedades, y buscar el origen propio de la salud y los factores que la potencian. Siguiendo este paradigma, diversos autores han buscado las variables que definen y conforman la salud mental, desde modelos de bienestar puramente hedónicos o subjetivos (satisfacción vital y afectos positivos); modelos que incluyen el bienestar psicológico (funcionamiento psicológico positivo del individuo como ente identitario) y finalmente modelos que añadían el bienestar social (funcionamiento positivo del individuo dentro

pioneering interventions that have been designed throughout history with the intention of promoting, from different points of view or models, the mental health, well-being and/or happiness of individuals. Although the advent of positive psychology at the beginning of the 21st century has often been considered pioneering in this area, the chapter reflects some authors who, without necessarily confining their work to this area, were already focusing on the enhancement of these factors before the interventions designed by Seligman. Interventions in positive psychology have shown positive results, although the meta-analyses carried out so far show that they are, in the vast majority of cases, evidence-based interventions that do not have a solid theoretical framework. In order to explore this aspect in more depth, the third chapter presents a review of interventions based on positive psychology that have been carried out in groups and that also have a multicomponent design (i.e., those that propose two or more activities to enhance different areas of well-being). This review has allowed us to conclude that, indeed, many of the interventions that have been designed following the first evidence provided by M. Seligman (2006) are based on the replicability of studies with positive results, although they are not supported by a solid theoretical framework that justifies the use of the selected tools, nor that helps to clearly construct and operationalise the concept of mental health.

Finally, with the evidence provided in the introduction, the fourth chapter presents the main objective of this thesis: to evaluate a positive intervention whose design and selection of topics and activities has been based on the Positive Mental Health model of Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a). To do so, we have started from the intervention proposal formulated by Gorbeña (2021), who has designed a series of sessions whose content has been organised according to the 13 areas that make up health in this model (life satisfaction, positive affect, self-acceptance, positive relationships, autonomy, environmental mastery, purpose in life, personal growth, social

de la comunidad, como ente social). A continuación, el segundo capítulo presenta un breve resumen de las intervenciones pioneras que se han diseñado a lo largo de la historia con la intención de promover, desde diferentes puntos de vista o modelos, la salud mental, el bienestar y/o la felicidad de las personas. A pesar de que el advenimiento de la psicología positiva a principios del siglo XXI se ha considerado a menudo pionero en esta área, el capítulo refleja algunos autores que, sin necesidad de circunscribir su trabajo a éste área, ya se enfocaban en la potenciación de estos factores antes de las intervenciones diseñadas por Seligman (2005). Las intervenciones en psicología positiva han mostrado resultados prometedores, si bien los meta-análisis realizados hasta el momento permiten observar que son, en la gran mayoría de casos, intervenciones basadas en la evidencia que no cuentan con un marco teórico sólido. Con el fin de ahondar en este aspecto, se presenta en el tercer capítulo una revisión sobre las intervenciones basadas en psicología positiva que se han realizado de manera grupal y que cuentan, además, con un diseño multicomponente (es decir, aquellas que plantean dos o más actividades para potenciar diferentes áreas del bienestar). Esta revisión ha permitido concluir que, efectivamente, muchas de las intervenciones que se han diseñado a raíz de las primeras evidencias aportadas por M. Seligman (2006) se basan en la replicabilidad de estudios con resultados positivos, si bien no se sustentan en un marco teórico sólido que justifique la utilización de las herramientas seleccionadas, ni que ayude a construir y operativizar de forma clara el concepto de salud mental.

Finalmente, con las evidencias recogidas en la introducción, se plantea en el cuarto capítulo el objetivo principal de esta tesis: evaluar una intervención positiva cuyo diseño y selección de temas y actividades se ha sustentado en el modelo de Salud Mental Positiva de Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a). Para ello, se ha partido de la propuesta de intervención formulada por Gorbeña (2021), quien ha diseñado una serie de sesiones cuyo contenido ha sido organizado en función de

integration, social acceptance, social contribution, social actualisation and social coherence). This thesis has evaluated, through its three specific objectives: 1) the implementability of the intervention designed in the context of university health, 2) the efficacy of the intervention as a protective and promoter factor of positive mental health during the global pandemic of COVID-19, and 3) the adaptation and evaluation of its effectiveness with a population of older adults.

The second section, contained in the fifth chapter, reflects the methodology followed to achieve these objectives: from the design of the studies to achieve them, to the ethical considerations taken into account. Furthermore, this chapter provides a description of the intervention that has been applied. It details the objective and justification of each session, the main activities and the areas of well-being that are expected to be influenced by the practice of these activities.

The third block, where the results of the thesis are presented, is divided into three studies that have been designed, each with the aim of satisfying one of the specific objectives. Chapter six presents the pilot study: a first application of the intervention with a small group of university students (n= 56) in order to assess the implementability of the intervention. Through a pre-experimental study assessing positive mental health (subjective, psychological and social well-being) of the participants before and after the intervention, it is concluded that the intervention is effective in improving the levels of well-being of young university students. The six-month follow-up carried out in the same study showed that the effects on subjective and psychological well-being were maintained after this period. The pilot study confirms the implementability of the intervention and also identifies some improvements to enhance its effects.

The seventh chapter presents a quasi-experimental pre-post facto study with an equivalent control group (n= 151). Although the initial purpose of this application was to consolidate the results obtained in the pilot study with a more rigorous design, the sudden appearance of the

las 13 áreas que componen la salud en este modelo (satisfacción vital, afectos positivos, auto-aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal, integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social). Esta tesis ha evaluado, a través de sus tres objetivos específicos: 1) la implementabilidad de la intervención diseñada en el contexto de salud universitaria, 2) la eficacia de la misma como factor de protección y promoción de la salud mental positiva durante la pandemia global de COVID-19, y 3) la adaptación y evaluación de su efectividad con una población de adultos mayores.

El segundo bloque, recogido en el quinto capítulo, refleja la metodología que se ha seguido para la consecución de estos objetivos: desde el diseño de los estudios para lograrlo, hasta las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta. A su vez, este capítulo ofrece una descripción de la intervención que se ha aplicado. Se detalla el objetivo y fundamentación de cada sesión, las actividades principales y las áreas de bienestar que se espera se vean influenciadas por la práctica de las mismas.

El tercer bloque, donde se plantean los resultados de la tesis, está dividido en tres estudios que se han diseñado cada uno con el fin de responder a uno de los objetivos específicos planteados. El capítulo seis presenta el estudio piloto: una primera aplicación de la intervención con un grupo reducido de estudiantes universitarios ($n= 56$) con el fin de evaluar la implementabilidad de la intervención. Mediante un estudio pre-experimental en la que se evaluó la salud mental positiva (bienestar subjetivo psicológico y social) de los participantes antes y después de la intervención, se concluye que la intervención es eficaz a la hora de mejorar los niveles de bienestar de los jóvenes universitarios. El seguimiento a seis meses realizado en el mismo estudio permitió comprobar que los efectos en bienestar subjetivo y psicológico se mantenían pasado este tiempo. El estudio piloto

COVID-19 pandemic provided an opportunity to assess the effects of the intervention in a situation of adversity, as a protective and preventive factor of positive mental health. The results of this study, in which participants showed improvements in their levels of well-being equal to or even greater than those who had participated in the intervention before the pandemic, confirm the effectiveness of the intervention.

Finally, the eighth chapter presents a study designed to evaluate the adaptation of the intervention and its adequacy for a sample of older adults. The study was conducted using a quasi-experimental pre-post facto design with a non-equivalent control group (n= 58) in order to enhance positive factors and optimal functioning during old age, and not only to treat the physical and psychological diseases of ageing. This required an adaptation of the tasks, sessions and tools proposed in the initial intervention. The results show that the adaptation is also effective in increasing levels of well-being in old age, as well as decreasing the presence of negative symptomatology.

The last block of this doctoral thesis, the discussion, is composed of chapters nine and ten. The ninth chapter contains a general discussion, a synthesis of the discussions raised in each of the studies of the previous block. In addition, the main limitations encountered are identified and discussed. This chapter also proposes some lines of improvement that have been identified during the application of the intervention in relation to the programme, the content of the sessions, and the design or the instruments selected for evaluation. In addition, a section on possible future practical implications is presented, where the usefulness and positive contributions that the present thesis offers to psychology professionals are presented, as well as other studies that are already being carried out to continue collecting evidence on the efficacy and effectiveness of the

permite confirmar la implementabilidad de la intervención y, además, identificar algunas mejoras con las que potenciar los efectos de la misma.

El séptimo capítulo expone un estudio cuasi-experimental pre-post facto con grupo control equivalente ($n= 151$). A pesar de que la finalidad inicial de esta aplicación era consolidar los resultados obtenidos en el estudio piloto con un diseño más riguroso, la aparición repentina de la pandemia derivada de la COVID-19 ofreció la oportunidad de evaluar los efectos de la misma frente a una situación de adversidad, como factor de protección y promoción de la salud mental positiva. Los resultados de este estudio, en el que los participantes mostraron mejoras en sus niveles de bienestar iguales e incluso superiores a aquellos que habían participado en la intervención antes de la pandemia, permiten confirmar la efectividad de la misma.

Finalmente, el octavo capítulo presenta un estudio diseñado con el fin de evaluar la adaptación de la intervención y adecuación de ésta a una muestra de adultos mayores. El estudio se llevó a cabo con un diseño cuasi-experimental pre-post facto con grupo control no equivalente ($n= 58$) con el fin de potenciar los factores positivos y el funcionamiento óptimo durante la vejez, y no únicamente tratar las enfermedades físicas y psicológicas derivadas del envejecimiento. Para ello, fue necesario realizar una adaptación de las tareas, sesiones y herramientas propuestas en la intervención inicial. Los resultados muestran que la adaptación es también efectiva para aumentar los niveles de bienestar de las personas mayores, así como para disminuir la presencia de sintomatología negativa.

El último bloque de la tesis, la discusión, está compuesto por los capítulos nueve y diez. El noveno capítulo recoge discusión general, una síntesis de las discusiones planteadas en cada uno de los estudios. Se identifican y discuten las principales limitaciones encontradas y se proponen también algunas líneas de mejora que se han identificado durante las aplicaciones de la

intervention (such as adaptations to other groups and cultures). Finally, the most relevant general conclusions that can be drawn from the thesis are offered.

intervención en relación al programa, el contenido de las sesiones, al diseño o los instrumentos seleccionados para su evaluación. Se plantean posibles implicaciones prácticas futuras: se recoge la utilidad y las aportaciones que la tesis ofrece a los profesionales de la psicología, y otros estudios que se están llevando a cabo para seguir recogiendo evidencias sobre la eficacia y efectividad de la intervención (e.g. adaptaciones a otros colectivos y culturas). Finalmente, se ofrecen las conclusiones generales más relevantes que pueden derivarse de la tesis.

1. MODELOS DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL

El concepto de salud ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia, desde una visión más *patológica* de la misma, hasta la aceptación de que se trata de *'un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades'*, tal y como reza la definición actual reflejada en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 1946, 2020, pp. 1). La salud mental ha seguido los pasos de esta evolución, y los intentos por operativizar esta variable se han ido dirigiendo poco a poco a intentar identificar qué factores y qué signos y síntomas *positivos* deben estar presentes en aquellas personas que gozan de una buena salud mental.

Se atribuye a Marie Jahoda (1958) uno de los primeros intentos por definir la salud mental positiva, separándola de la ausencia de psicopatología. En esta propuesta, la autora sugirió que existirían seis características presentes en las personas con una buena salud mental: las actitudes hacia uno mismo (la forma de percibirse a uno mismo), la auto-actualización (la capacidad de desarrollo personal de un individuo), la integración (sentido de coherencia, integración de los procesos y atributos de un individuo), autonomía (capacidad de ser independiente), la percepción de la realidad (cómo cada individuo percibe el mundo que le rodea) y dominio del entorno (capacidad para manejarse en el entorno). Si bien se podría considerar este como el primer modelo de salud mental que empezaba a desengranar los componentes de la misma, otros autores han ido añadiendo características y dimensiones a este primer acercamiento.

En 1984 Diener planteó un primer modelo que definiría el bienestar como un estado en el que predominarían las emociones placenteras. Para este autor desarrolló una propuesta basada en lo que más adelante se llamaría el *bienestar hedónico o subjetivo*, en el que se consideraba que una persona debía contar con una mayor presencia de *afectos positivos* (como felicidad, alegría...) frente a los negativos, y una sensación de *satisfacción vital*, es decir, una evaluación global positiva

de su vida. Sin embargo, a la larga se ha encontrado que estos dos constructos o son suficientes para reflejar correctamente el bienestar de las personas (Duarte, 2014).

Simultáneamente, Waterman (1984) rescató el modelo aristotélico del concepto de eudaimonia como '*el sentimiento que acompaña y está en consonancia con el verdadero potencial de uno*' (p. 16). Es decir, siguiendo esta definición, se planteó la existencia, además de las variables contempladas hasta el momento, de un *bienestar eudaimónico*, que estaría relacionado con esta capacidad y de aumentar el potencial de cada individuo.

Siguiendo estas propuestas, surgieron diferentes definiciones de salud y bienestar, y varios modelos que englobaron las dimensiones que podrían formarlos. Algunos de los modelos más destacados son los siguientes.

1.1 MODELO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF (1989)

Carol Ryff (1989) desarrolló, a través de la síntesis de varias contribuciones previas en la literatura (e. g. Jahoda, 1958; Jung, 1933; Maslow, 1968; Rogers, 1961), un modelo de bienestar basado en el correcto funcionamiento psicológico de la persona. Hasta este momento, la literatura había explorado la felicidad como el predominio de afectos positivos y un sentimiento de satisfacción vital (Diener, 1984). Sin embargo, siguiendo la propuesta de Waterman (1984), Ryff consideró que el bienestar de una persona no estaría únicamente fundamentado en un sentimiento de felicidad, sino que implicaría también el desarrollo del potencial de uno mismo en diferentes aspectos de su vida, que estarían fuertemente relacionados con un funcionamiento psicológico positivo (Ryff, 1989).

Basándose en la propuesta de *bienestar eudaimónico*, que abarcaba más aspectos que el *bienestar subjetivo*, Carol Ryff propuso en su modelo seis dominios que reflejarían este

funcionamiento óptimo. En la Tabla 1.1 se pueden ver resumidas principales características de estos.

Tabla 1.1:

Resumen de las dimensiones del Bienestar Psicológico según Carol Ryff (1989).

Sub-dimensión	Características
Auto-aceptación	Se presenta como una de las características centrales del correcto funcionamiento positivo el ser capaz de aceptarse uno mismo, así como nuestro pasado, y tener actitudes positivas hacia nosotros.
Relaciones positivas	Se destaca la capacidad de desarrollar relaciones cercanas y de confianza con las personas de nuestro entorno. Una de las características que forman la salud mental es la de ser capaces de amar y sentir empatía y afecto positivo hacia otros seres humanos, creando relaciones íntimas y de calidad.
Autonomía	Destacan cualidades como la independencia, la auto-regulación y la determinación. Una mayor autonomía implicaría capacidad para evaluarse a uno mismo en función de los estándares propios, y no aquello dictado por los demás.
Dominio del entorno	Se describe como la capacidad de un individuo para elegir y potenciar entornos que se adecúen a sus características psíquicas. El dominio de entornos más complejos, y la capacidad de avanzar en ellos adaptándolos de forma creativa es fuente de funcionamiento psicológico positivo.
Propósito en la vida	Una persona con un correcto funcionamiento psicológico desarrolla unos objetivos e intenciones en su vida, además de contar con la creencia de que su vida tiene cierto propósito y significado.
Crecimiento personal	Implica que no sólo deben satisfacerse todas las facetas anteriores, sino también continuar crecimiento como personas. Implica continuar planteándose nuevos retos y objetivos que nos permitan seguir actualizándonos y desarrollando nuestro potencial.

Estas seis dimensiones formaron el que se ha conocido hasta ahora como el *modelo de bienestar psicológico* de Carol Ryff, quien también desarrolló las Escalas de Bienestar Psicológico para poder evaluar la presencia de estas características positivas en una muestra de personas no-clínicas. El modelo de Ryff ofreció por primera vez una base teórica bien fundamentada para definir de forma operativa los conceptos de bienestar y funcionamiento psicológico positivo.

El estudio original de Carol Ryff (1989) comprobó la adecuación del modelo con una muestra de participantes que dividió en adultos jóvenes (18-29 años), mediana edad (30-64 años) y adultos mayores (más de 65 años). En ellos encontró que los jóvenes puntuaban más alto en las escalas de propósito en la vida y crecimiento personal, mientras que los mayores puntuaban más alto en dominio del entorno y autonomía. También encontró que la puntuación de las mujeres era más alta que la de los hombres en relaciones positivas y crecimiento personal. Esta primera validación se completó con otro estudio realizado por Ryff y Keyes (1995) en el que volvieron a comprobar la adecuación del modelo con resultados similares. En esta ocasión, sin embargo, las relaciones positivas también mostraron mejores resultados con la edad. Ryff y Keyes (1995) comprobaron también la relación de estos indicadores de funcionamiento positivo con otras variables que podrían reflejar bienestar: la felicidad, la satisfacción vital y la depresión. Encontraron que las escalas que más fuertemente relacionaban tanto con la felicidad como con la satisfacción vital de forma positiva, y con la medida de depresión de forma negativa, eran las de auto-aceptación y dominio del entorno.

El modelo de bienestar psicológico planteado fue ganando, con los años, mucho peso en las investigaciones acerca de la salud y el bienestar. La propia autora realizó una revisión en 2014 (Ryff, 2014) donde identificó más de 350 estudios en los que se utilizaban las escalas de bienestar eudaimónico. Recogió las evidencias en cuatro áreas de interés que habían demostrado tener una

fuerte correlación con el bienestar psicológico: el desarrollo y envejecimiento, los rasgos de personalidad, las experiencias familiares, y el trabajo y otros compromisos. Los estudios reflejaban que aquellas personas que habían logrado un mayor desarrollo personal a lo largo de la vida; aquellas personas que poseían ciertos rasgos de personalidad como optimismo, empatía o inteligencia emocional; aquellas personas que mantenían buenas relaciones familiares (matrimonios e hijos exitosos); y aquellas personas con actividades laborales exitosas y un buen equilibrio entre trabajo y familia, mostraban niveles de bienestar eudaimónico más elevados (Ryff, 2014). En el mismo estudio, la autora revisó también los trabajos que habían relacionado el bienestar percibido con la salud, y en concreto con la salud física, destacando que las personas con mayores niveles de estrés tenían una peor percepción de la auto-eficacia y el dominio del entorno, mientras que las personas con altas puntuaciones en bienestar y que, además, no padecían de ninguna psicopatología, tendían a tener menores enfermedades crónicas. El riesgo de padecer trastornos de depresión mayor, ansiedad, trastornos de pánico o dependencias también aumentaba para aquellas personas con menores puntuaciones en las escalas de bienestar.

En el último apartado de la revisión, Ryff evaluó las intervenciones que se habían desarrollado en las que las escalas de bienestar eudaimónico habían servido como guía para evaluar la efectividad de las mismas o la mejoría de los participantes. Por ejemplo, una intervención en esclerosis utilizaba la mejoría en las escalas como indicador de la eficacia en el tratamiento de depresión (Hart et al., 2005), y una intervención en personas con episodios de psicosis, como indicador de la efectividad de una terapia cognitivo-conductual (Penn et al., 2011). Estas intervenciones demostraron que las medidas de bienestar psicológico podían estar relacionadas con una disminución de la sintomatología de una psicopatología. Sin embargo, las dimensiones planteadas en el modelo de Carol Ryff también han sido usadas por sí mismas como variable

resultado en muchas intervenciones que buscaron potenciar el bienestar en muestras tanto clínicas como no-clínicas. Una revisión llevada a cabo por Weiss y colaboradores en 2016 reunió 27 intervenciones, con un tamaño del efecto moderado ($d= 0.44$, $p < .001$) en el post-test, tanto con muestras clínicas como normativas en el que se intervenía con el fin de aumentar los niveles de bienestar de los participantes.

Las evidencias aportadas por el trabajo de Carol Ryff y sus colaboradores sobre la conceptualización del bienestar psicológico y los instrumentos de medida basados en la misma se han consolidado en la literatura, creando una nueva área de trabajo y una nueva medida para evaluar la salud mental de las personas que sigue siendo una herramienta vigente hoy en día. Sin embargo, a pesar de que este modelo se consolidó como base para la creación de muchas investigaciones, atendiendo a la definición actual de la salud ofrecida por la OMS (1946, 2020) podemos observar que el bienestar social (es decir, el funcionamiento de una persona como ente dentro de una comunidad) no queda reflejado en las dimensiones propuestas. Este modelo se trató de un acercamiento al funcionamiento psicológico positivo de una persona como identidad unitaria, para consigo mismo, pero se trata de una visión muy individualizada del bienestar. El desarrollo del ser humano dentro de comunidades hace que la interacción con éstas, las aportaciones que recibe y las que ofrece, jueguen un papel fundamental en su pleno desarrollo. Esta idea fue introducida más adelante como parte del *bienestar eudaimónico* por otros autores, haciendo que el modelo de Carol Ryff quedara como una base para medir el bienestar de una persona, pero sin abarcar todas sus variables.

1.2 MODELO DE FLORECIMIENTO DE COREY L. KEYES (1998)

Una década más tarde, en 1998, fruto de la colaboración con Ryff, Corey L. M. Keyes desarrolló un modelo sobre el bienestar social como una posibilidad para subsanar la laguna del modelo

psicológico anteriormente planteado. Consideró que, si bien el bienestar emocional y psicológico de un individuo están caracterizados por el predominio de afectos positivos (*bienestar subjetivo*) y la percepción de atributos propios positivos (*bienestar psicológico*), tal y como Ryff había planteado previamente, no se reflejaba adecuadamente el papel de la persona en una sociedad y comunidad, y la influencia de estos en su salud mental.

Keyes recalcó que cada individuo se enfrentaba a diario a retos, obstáculos y desafíos sociales, y por ello un modelo de funcionamiento óptimo debería evaluar, por necesidad, el *bienestar social*. En su estudio, Keyes propuso y validó cinco dimensiones que formarían el bienestar social, basadas en la propia percepción de un individuo sobre sus circunstancias y funcionamiento dentro de una comunidad. En la Tabla 1.2 se exponen las principales características de cada subdimensión.

A través de este modelo, Keyes hizo una diferenciación entre la vida privada y la vida pública. Aceptó los modelos propuestos hasta el momento sobre el bienestar personal, pero se planteó la posibilidad de que la sociedad también influyese en los niveles de bienestar de una persona. De esta forma, el modelo incluyó la relación del individuo con su entorno como una dimensión más dentro de la salud mental.

Más adelante, en 2002, Keyes introdujo la idea de *salud mental positiva*. El autor unificó las cinco dimensiones de bienestar social propuestas con las seis dimensiones de bienestar psicológico de Carol Ryff (1989) para explicar el funcionamiento psicológico positivo completo de una persona. Estas once dimensiones de funcionamiento, junto con la percepción de bienestar subjetivo, serían las que dotarían a una persona de un estado completo de *salud mental positiva* o *floreCIMIENTO*. Keyes completó esta definición con la creación del concepto de *salud mental plena*,

que combinaría un indicador global de bienestar y un indicador de despistaje de trastorno mental (Keyes 2002, 2005, 2007).

Tabla 1.2:

Resumen de las dimensiones del Bienestar Social según Corey L. Keyes (1998).

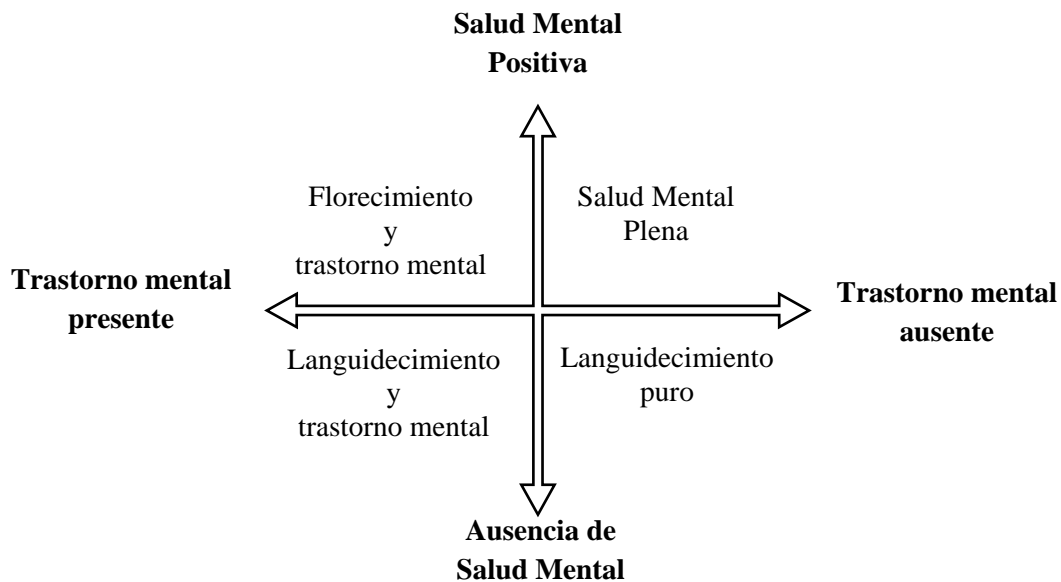
Sub-dimensión	Características
Integración social	Se trata de la evaluación que hacemos sobre nuestra relación con la sociedad que nos rodea. Una buena percepción de integración social implica que el individuo siente que es parte de la sociedad y que tiene objetivos y características comunes con los otros que la forman. Se basa en un sentido de pertenencia.
Aceptación social	Implica tener una opinión favorable sobre la naturaleza del ser humano. Estas personas confían en la amabilidad de los demás y en sus cualidades, y se sienten cómodos estando con otros.
Contribución social	Es la valoración que hacemos sobre nuestro propio papel y nuestro valor como personas dentro de la comunidad. Se basa en la creencia de que tenemos algo positivo que aportar a nuestra sociedad
Actualización social	Se trata de conocer la trayectoria de la sociedad en la que vivimos y confiar en sus posibilidades y en su potencial para seguir mejorando en el futuro. Estas personas evalúan la comunidad como algo que les beneficia y les aporta cosas positivas.
Coherencia social	Es la percepción del funcionamiento de la sociedad. Estas personas no sólo se preocupan por conocer el mundo en el que viven, si no que consideran que pueden comprender lo que ocurre a su alrededor y por qué ocurre.

Keyes los contempla como dos continuos ortogonales, donde una mayor puntuación en el indicador de bienestar sería reflejo de una mayor presencia de salud mental positiva; del mismo modo, y aunque de forma inversa, una mayor puntuación en el indicador de despistaje sería indicativo de una menor presencia de alteración emocional o trastorno mental. La combinación de ambos continuos ofrece una clasificación categorial en función de las puntuaciones alcanzadas en ambos

indicadores (Figura 1.1). De este modo, el *florecimiento* o presencia de salud mental positiva se estima cuando una persona refleja altas puntuaciones en el indicador de bienestar, y puede ser apreciado tanto en personas con o sin presencia de un trastorno mental. Sin embargo, aquellas personas que, teniendo o no presencia de un trastorno mental, reflejen bajas puntuaciones en bienestar, se encontrarían en un estado de *languidecimiento* o ausencia de salud mental positiva. Ahora bien, el estado de Salud Mental Plena sería aquel que refleja una persona con alta percepción de bienestar en quien no concurren alteraciones emocionales diagnosticables.

Figura 1.1:

Clasificación de los individuos en función de su nivel de salud mental y la presencia/ausencia de sintomatología patológica basada en el modelo de Keyes (2013).



Mediante esta propuesta, el autor sugirió que los procesos de salud y enfermedad mentales ya no serían dos opuestos de una misma medida, sino que debían ser dos medidas diferentes. A esto le llamó el *modelo de los dos continuos* (Keyes, 2010), donde un continuo indicaría la presencia o ausencia de salud mental positiva, y el segundo continuo indicaría la presencia o ausencia de enfermedad mental. Los datos ofrecidos por el estudio reflejaron que tres cuartos de la población americana adulta no padecía una enfermedad mental, pero sin embargo únicamente el 20% de ellos se encontraba en estado de florecimiento. Igualmente, 7 de cada 10 de los adultos que presentaban un diagnóstico reciente de enfermedad mental puntuaron con salud mental positiva moderada, o florecimiento (Keyes, 2010).

Con esta definición de la salud mental positiva y la diferenciación que ésta tendría de la enfermedad mental, Keyes (2010) propuso dos hipótesis que podrían trabajarse a través de este modelo: la hipótesis de la promoción de la salud y la hipótesis de la protección de la salud. La hipótesis de la promoción de la salud postuló que un aumento del niveles de salud mental positiva disminuiría el riesgo de padecer una enfermedad mental. Por otro lado, la hipótesis de la protección postuló que una pérdida en los niveles de bienestar favorecería la aparición de enfermedades mentales y, por tanto, se deberían dedicar esfuerzos a evitar que la salud mental positiva de los individuos menguase.

Para poder evaluar los niveles de salud mental positiva de un persona, se requeriría un herramienta que midiera la presencia de *bienestar subjetivo* (incluyendo la experimentación de emociones positivas y la evaluación de la satisfacción vital general), una herramienta que midiera el *bienestar o funcionamiento psicológico* (Keyes incluye en ello las seis dimensiones propuestas por Ryff), y el *bienestar o funcionamiento social* (las propias dimensiones describir por el autor). En el estudio realizado en 2002, Keyes propone medir estas dimensiones con diferentes

herramientas, incluyendo las escalas de Ryff (1989) y las suyas propias (Keyes, 1998) además de la medición de bienestar emocional. Como síntesis de estas medidas, Keyes (2002) desarrolló una herramienta, el Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF), que recogía medidas de bienestar subjetivo basadas en el modelo de Diener (1984), medidas de bienestar psicológico basadas en el modelo de Carol Ryff (1989) y medidas de bienestar social basadas en su propio modelo (Keyes, 1998). Esta medición le permitió clasificar a adultos sin trastornos psicológicos en florecimiento, salud mental moderada o languidecimiento. Una persona debía responder que sentía, pensaba o realizaba “a diario” o “casi a diario” al menos uno de los dos constructos de bienestar subjetivo, y al menos seis de los once constructos de funcionamiento positivo (psicológico y social) para considerar que gozaba de un estado de *floreacimiento*. Sin embargo, una persona en estado de *languidecimiento* debía responder “nunca” o “casi nunca” en al menos uno de los dos constructos de bienestar subjetivo y al menos seis de los once de funcionamiento positivo (psicológico y social). Finalmente, las personas que no cumpliesen ninguno de estos criterios serían consideradas en un estado de *salud mental moderada* (Keyes, 2002).

El *modelo de los dos continuos* planteado por el autor, diferenciando la salud mental como una variable en sí misma separada de la sintomatología patológica, y la idea de que potenciar la misma podría ayudar a evitar o disminuir enfermedades mentales junto con una escala para clasificar la salud mental de las personas, ha sido base para muchas intervenciones que han puesto el foco en potenciar el bienestar de sus participantes. El modelo de Keyes constituye uno de los más completos, puesto que evalúa todos los indicadores que se han generado hasta el momento de bienestar –hedónico, psicológico y social –y permite dar una visión concreta, operativizada, y medible de la *salud mental positiva*. Sin embargo, a pesar de ello, pocas intervenciones se han

enfocado en incluir el *bienestar social* como una de las variables de trabajo dentro de sus programas, y siguen enfocando sus esfuerzos en la potenciación de los otros dos constructos.

1.3 MODELO PERMA DE BIENESTAR DE MARTIN SELIGMAN (2011)

En los últimos años, una auto-denominada *nueva corriente* en psicología, la *psicología positiva*, cuyo pionero fue Martin Seligman, se ha definido como una rama de la psicología que busca aumentar, cultivar y promover los aspectos positivos de las personas en lugar de tratar la sintomatología (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta propuesta apareció en el estudio realizado por Seligman y colaboradores en 2006 con el término *psicoterapia positiva*. En este estudio, los autores propusieron una intervención a través de la cual pretendían aumentar el bienestar y disminuir la sintomatología depresiva de los participantes. Para ello, el modelo propuesto por Seligman resume el bienestar de las personas en tres componentes básicos: la presencia de emociones positivas, el compromiso con la vida, y el sentido de la vida (Seligman, 2002).

Este primer modelo y la propuesta de *intervenciones en psicología positiva* dieron lugar a que muchos otros autores tomaran estos tres componentes como base para futuros trabajos, así como para replicar las intervenciones diseñadas. Sin embargo, con el surgimiento de más evidencias en torno a las intervenciones positivas, Martin Seligman planteó en 2011 una versión ampliada de su propuesta original sobre la felicidad, creando el modelo PERMA (llamado así por las siglas de sus componentes en inglés) e incluyendo nuevas áreas que constituirían en el bienestar de una persona (Seligman, 2011).

Este modelo incluyó cinco categorías: una de ellas se extraía del modelo de *bienestar subjetivo* (emociones positivas) mientras que las otras cuatro fueron basadas en el modelo de *bienestar*

psicológico. Un resumen de las principales características de estas dimensiones se puede ver en la Tabla 1.3

Tabla 1.3:

Resumen de las dimensiones del modelo PERMA de Seligman (2011).

Sub-dimensión	Características
Emociones positivas	Hace referencia a las emociones positivas que experimentamos durante el día, tales como satisfacción y felicidad. Una persona que experimenta emociones positivas más que negativas aumenta su bienestar.
Compromiso	Hace referencia a la sensación que se experimenta mediante la realización de actividades que nos gustan y nos hacen disfrutar. A través de éstas se experimenta el estado de <i>flujo</i> .
Relaciones positivas	Es la creación de conexiones con otras personas que nos resultan agradables y productivas. Las relaciones positivas aportan gratificación y experiencias agradables.
Significado	Se relaciona con la comprensión del propósito vital, los objetivos que se desean cumplir y la orientación que se les da a las acciones.
Logro	Se encuentra ligado a la auto-eficacia, a la sensación de que se pueden lograr los objetivos y trabajar para ello en el día a día.

Las intervenciones basadas en la psicología positiva para aumentar los niveles de bienestar de las personas se han basado, desde el 2006, en la efectividad de ese primer estudio publicado por Seligman, así como en su modelo de felicidad. Sin embargo, no fue hasta cinco años después cuando se implementó el modelo completo, que hoy en día sirve también como marco de algunas de las intervenciones que replican la metodología propuesta por este autor. Por otro lado, y a pesar de haber sido construido recientemente, con las evidencias existentes sobre la importancia de la sociedad en el bienestar y la salud mental, el modelo de Seligman no incluye ninguna de las dimensiones propuestas por Keyes en 1998. Al igual que el modelo previo de Carol Ryff (1989)

se trata de una propuesta individualizada, que omite la interacción de la persona con el entorno, y una de las dimensiones del bienestar enmarcada dentro de la definición de salud queda excluida de su propuesta.

1.4 MODELO DE FLORECIMIENTO DE FELICIA A. HUPPERT Y TIMOTHY T. C. SO (2013)

En el 2009, la autora Felicia A. Huppert definió el bienestar psicológico como la percepción y valoración que una persona tiene de su experiencia vital, en términos de que se siente bien y funciona bien (es decir, es capaz de desarrollar su potencial, tiene cierto control sobre su vida, tiene un sentido y objetivo en su vida, y relaciones positivas con los demás). Al igual que otros autores previamente, recalcó la importancia de hablar de bienestar psicológico como una variable independiente de la enfermedad mental, que debía ser potenciada y trabajada por sí misma, y no dada por hecho cuando no existían síntomas de psicopatologías (Huppert, 2009). Sin embargo, difirió con Keyes en su propuesta de modelo de dos continuos ya que consideró que, si bien en una situación de psicopatología crónica la salud mental podía ser desarrollada como un constructo independiente, los trastornos afectivos agudos sí influían en la presencia o ausencia de salud mental. Por tanto, una persona que padeciera un trastorno de depresión o ansiedad agudo, entre otros, podría ver disminuidos sus niveles de bienestar.

Partiendo de estas ideas, consideró que gozar de bienestar y de un estado de salud mental adecuado podía considerarse un estado de florecimiento. Sin embargo, recalcó la necesidad de crear una medida clara y operativa del florecimiento, ya que todavía no existía un consenso sobre las variables o características que lo definirían (Huppert & So, 2013).

Los autores advirtieron que existían hasta el momento varias propuestas sobre qué características definían este estado: desde unas más hedónicas como la de Diener (1984), hasta

otras más funcionales, como la de Ryff (1989) o la de Keyes (1998). Lo que todas tenían en común era que veían el estado de florecimiento como un constructo multicomponente. El objetivo de su trabajo era proponer un modelo en el que se daban pautas claras para la definición y medida de la salud mental (Huppert & So, 2013).

Para ello, se basaron en la propuesta de Keyes (2007) según la cual, si los trastornos psicopatológicos requieren una serie de síntomas disfuncionales para ser diagnosticados, la salud mental debería requerir de una serie de síntomas de funcionamiento positivo también para ser *diagnosticada*. De este modo, Huppert y So formularon un modelo espejo: partiendo de la revisión de la sintomatología presente en los trastornos de depresión mayor y ansiedad generalizada (por ser estos los trastornos más habituales en la población) se plantearon crear síntomas *contrarios* a los identificados en ellos. Estos síntomas positivos definirían la experiencia de florecimiento.

La lista de síntomas propuesta finalmente incluyó diez: un síntoma de bienestar hedónico (emociones positivas), cinco síntomas de características positivas (estabilidad emocional, optimismo, resiliencia, autoestima y vitalidad) y cuatro síntomas de funcionamiento positivo (competencia, compromiso, significado y relaciones positivas). Una vez identificados los síntomas, y siguiendo el modelo de diagnóstico presente en el DSM para los diferentes trastornos, los autores propusieron qué síntomas y cuántos debían estar presentes para clasificar a una persona en estado de florecimiento. La propuesta final postuló que debía estar presente el síntoma de emociones positivas –por ser el único que reflejaba la dimensión hedónica –, al menos cuatro de los cinco de características positivas, y al menos tres de los cuatro de funcionamiento positivo (Huppert & So, 2013). Más adelante Huppert (2014) hizo referencia a la posibilidad de que coexistieran síntomas de un estado de florecimiento junto síntomas con una psicopatología al no ser necesario que estén presentes todas las características en ninguno de los dos casos para poder

realizar el *diagnostico*. Sin embargo, no vio necesario la creación de dos continuos diferentes para su medición.

En este mismo estudio, la autora recalcó la dificultad de evaluar la salud mental y el bienestar, en tanto que existen diversos modelos, y que todavía no se había logrado un consenso sobre las características que lo formarían. La autora planteó la necesidad de desarrollar una lista objetiva de componentes de salud mental que pudiera ser común a todas las investigaciones con el fin de facilitar la investigación en el área de salud mental (Huppert, 2014). Este modelo, uno de los más recientes en describirse, y que sigue el ejemplo de los manuales de diagnóstico para listar los *síntomas* necesarios para gozar de salud mental, deja una vez más la teoría del bienestar social de Keyes sin incluir, en tanto que ninguna de estas dimensiones forma parte de la propuesta para confirmar un estado de florecimiento en las personas.

Como síntesis, se puede ver que los modelos repasados en este capítulo ofrecen diferentes definiciones operativas de la salud mental y un listado de las dimensiones o características que la compondrían. La gran mayoría de ellos involucran la sensación de satisfacción y de sentirse bien, siendo el bienestar subjetivo de Diener (1984) base para ello. Sin embargo, tras demostrar que este sentimiento resulta insuficiente para abarcar todas las dimensiones del bienestar, los demás autores han ido añadiendo características del funcionamiento psicológico positivo en estos listados. Entre los que más se repiten están las relaciones positivas, el dominio del entorno/competencia, y el significado/propósito en la vida). En la tabla resumen (Tabla 1.4) se puede ver las características principales de cada modelo. En ella destaca que, aun habiéndose definido modelos más recientemente, el de Keyes (1998) continúa siendo el único en tener en cuenta el papel del contexto social y comunitario en el bienestar del individuo. Este modelo ofrece una visión más global del individuo, incluyendo su papel como ente identitario, y como ente social. Este modelo abarcaría

todas las dimensiones del bienestar recogidas en la definición de la OMS sobre salud (1946, 2020), siendo hasta el momento el más completo de los planteados.

Tabla 1.4:

Componentes de la salud mental o bienestar en los diferentes modelos.

	Jahoda (1958)	Diener (1984)	Ryff (1989)	Keyes (1998)	Seligman (2011)	Huppert & So (2013)
Bienestar hedónico/ subjetivo		Satisfacción vital		Satisfacción vital		
		Emociones positivas		Emociones positivas	Emociones positivas	Emociones positivas
Bienestar psicológico	Integración		Relaciones positivas	Relaciones positivas	Relaciones positivas	Relaciones positivas
	Dominio del entorno		Dominio del entorno	Dominio del entorno	Logro	Competencia
	Actitud hacia uno mismo		Auto- aceptación	Auto- aceptación	Compromiso	Autoestima
	Percepción de la realidad		Propósito en la vida	Propósito en la vida	Significado	Significado
	Autonomía		Autonomía	Autonomía		
	Auto- actualización		Crecimiento personal	Crecimiento personal		
Bienestar social				Integración Aceptación Contribución Actualización Coherencia		

2. INTERVENCIONES EN BIENESTAR, FLORECIMIENTO Y SALUD

La evolución en el concepto de salud que se ha explorado en el capítulo anterior ha traído consigo una evolución en el origen, objetivo y método de las intervenciones psicológicas orientadas a cultivar la salud mental. Dada la visión patológica que se tenía de la salud y, por ende, de la salud mental, la gran mayoría de las terapias hasta las últimas décadas se han centrado en localizar, aislar y tratar la sintomatología y las consecuencias derivadas de ésta (Joseph, 2015). A grandes rasgos, este era el objetivo de la mayoría las terapias ortodoxas conocidas: tratar la psicopatología. Joseph (2015) destaca en su manual sobre la terapia positiva la dificultad que existía para los profesionales de la psicología en aplicar estrategias para ayudar a los individuos a vivir una vida plena, en lugar de enseñar cómo afrontar diferentes problemas.

Sin embargo, a medida que el concepto de salud ha evolucionado, lo han hecho también las intervenciones psicológicas. El auge de la *psicología positiva* de la mano de Martin Seligman y sus colaboradores (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman et al., 2005, 2006) ha contribuido a cambiar el foco de atención del concepto y objetivo de la psicoterapia: pasar de trabajar disminuyendo el malestar presente en las personas, a tratar de potenciar su bienestar.

La psicología positiva, siendo una corriente muy joven en nuestra disciplina, se ha postulado como pionera en la promoción de factores de salud. No obstante, este objetivo ya había sido contemplado y abordado por otras corrientes que, sin denominarse psicología positiva, remarcaron la importancia de trabajar diferentes aspectos de la salud, no de la patología. A continuación, se plantean algunas de las intervenciones pioneras más destacadas en enfocarse en el aumento de felicidad, bienestar y/o salud mental.

2.1 PRIMERAS INTERVENCIONES EN BIENESTAR

2.1.1 Programa para incrementar la felicidad – M. W. Fordyce (1977)

En 1977 Michael W. Fordyce publicó por primera vez una serie de estudios enfocados en comprobar la efectividad de un programa para potenciar la felicidad personal (Fordyce, 1977). En este trabajo, el autor expresó que la felicidad era “*algo más que un estado temporal*” y también introdujo la idea de que se trataba de un estado de bienestar y satisfacción vital que perduraría en el tiempo. Fordyce subrayó que la felicidad había sido objeto de estudio para otros autores previamente, con intención de encontrar una forma de definir las características que podrían llegar a hacer felices a las personas. Sin embargo, planteó un reto que hasta el momento no se había asumido con éxito: desarrollar herramientas para potenciar la felicidad del ser humano a largo plazo.

Con este objetivo, Fordyce puso en marcha una serie de estudios que dedicaría a diseñar y testar diferentes versiones de un programa para incrementar la felicidad personal (Fordyce 1977, 1983). Finalmente, desarrolló un programa auto-aplicado en el que se le proponían al participante 14 características fundamentales, llamados los ‘*14 Fundamentos*’, a través de los cuáles podría aumentar la felicidad:

1. Invertir más tiempo en actividades sociales.
2. Ser más productivo en trabajos con sentido/significado.
3. Ajustar las expectativas.
4. Mantenerse activo.
5. Organizarse mejor.
6. Desarrollar una personalidad saludable.
7. Ser auténtico.
8. Desarrollar el pensamiento optimista y positivo.
9. Orientarse al presente, evitar el pasado y el futuro.
10. Valorar la felicidad.
11. Eliminar la negatividad.
12. Reducir las preocupaciones.
13. Cultivar y fortalecer las relaciones íntimas.
14. Desarrollar una personalidad sociable.

Si bien se puede atribuir a este autor uno de los primeros intentos por diseñar una herramienta para medir la felicidad y un programa para potenciarla, los estudios realizados no terminaron de responder algunas de las preguntas planteadas en torno a la felicidad y la salud.

El autor en ningún momento creó una base clara sobre la que construir los fundamentos de su intervención, ni definió de forma operativa qué era la felicidad. Las primeras aproximaciones se basaron en la selección de nueve actividades que parecían estar más presentes en las personas con altos niveles de felicidad (e. g. estar orientado al presente, desarrollar una personalidad más sociable, o ser optimista), así como otras actividades a elección de los participantes que a ellos personalmente les generaban felicidad. A través de estos estudios, Fordyce desarrolló la teoría de las 14 características finales. Sin embargo, algunas de las dimensiones sufrieron modificaciones a lo largo de sus estudios (por ejemplo, “*ser mejor amigo*” permutó a “*ser auténtico*”).

El programa carecía de una buena evaluación para poder concluir si se trataba de una herramienta válida, como el propio Fordyce (1977) mencionó al decir en sus limitaciones que la felicidad era una variable demasiado subjetiva, que podía no ser del todo fiable, y respecto a la que todavía no había herramientas de medida adecuadas. Esto supuso para el programa un objetivo poco claro, ya que no se especificó qué conformaría la felicidad de una persona y, por lo tanto, qué aspectos se deberían trabajar exactamente.

El autor también evaluó en uno de los últimos estudios (Fordyce, 1983) la eficacia del programa para potenciar no sólo la felicidad, sino otros aspectos que podrían estar asociados con la salud mental. Esta ampliación de la variable de resultado se debe a que, si bien la felicidad podría considerarse un factor importante en la salud mental de una persona, se trataría únicamente de uno de los componentes de ésta, por lo que trabajar únicamente el desarrollo de la felicidad en el programa no abarcaría todo el concepto de salud mental.

A pesar de las limitaciones y alcance del proyecto de Fordyce, hay que reconocerle la identificación de elementos importantes que serán recogidos en las aproximaciones posteriores y la introducción de un nuevo objetivo en las terapias psicológicas. Fordyce puso sobre la mesa la idea de que la felicidad y el bienestar son conceptos que pueden ser trabajados. El enfoque del estudio fue novedoso: pretendía poner en el punto de mira el trabajo directo sobre la felicidad, y no sobre los factores negativos que podrían tener un efecto colateral en ella.

Por otro lado, en la definición que ofreció de felicidad destacó la importancia de los factores circunstanciales que una persona puede experimentar, pero también recalcó el papel proactivo de las personas que, mediante sus acciones, valores, personalidad y percepción de dichas circunstancias, podrían trabajar en potenciar su satisfacción. Esto ofreció un importante punto de partida: el bienestar es susceptible de mejora.

2.1.2 Guía para la felicidad personal – A. Ellis & I. Becker (1982)

Unos años después de que Fordyce planteara por primera vez su programa para potenciar la felicidad personal, Albert Ellis e Irving Becker publicaron su libro, “*A Guide to Personal Happiness*” (Ellis & Becker, 1982). El enfoque de la terapia que plantearon era similar al anterior: trabajar sobre la felicidad, que podría entenderse como un componente básico de la salud mental.

En esta ocasión, los autores describieron la felicidad como una combinación de ‘*deseos, objetivos y valores personales*’ (Ellis & Becker, 1982). También recalcaron que, debido a la naturaleza social del ser humano, la felicidad era por lo general ‘*compartida con otros*’. Los autores destacaron la importancia de trabajar uno mismo su propia felicidad para poder cuidarse, sentirse mejor y repercutir positivamente en los demás.

Estos conceptos fueron añadidos a su paradigma terapéutico, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TRE-C) (Ellis & Greiger, 1977; Ellis, 2004), en la que las reacciones a las cosas que ocurrirían a las personas estarían condicionadas por el modo en el que éstas las percibirían, y éste a su vez por su propio sistema de creencias. Las creencias irracionales (que siempre se basarían en tres tipos: *'yo debo hacer algo bien'*, *'los demás deben tratarme como yo deseo'* y *'las circunstancias de mi vida deben ser buenas'*) serían las que harían que, cuando algo no ocurre exactamente así, la respuesta emocional sea desproporcionada y disfuncional (desarrollando cuadros de ansiedad, depresión, y otras alteraciones psicopatológicas). La TRE propuso la modificación de estas creencias irracionales para lograr respuestas más adaptadas a las vivencias del día a día.

Al igual que en el caso anterior, se planteó un enfoque muy práctico, en el que apenas se describió la base teórica que fundamentaba el modelo de la intervención en felicidad. No se realizó una definición operativizada de este concepto, ni de los elementos que la formarían. Otros elementos de la salud mental tampoco se trabajaron, y la terapia estaba centrada en su mayor medida en evitar emociones negativas extremas, lo cual podría indicar que partía de la idea de *bienestar hedónico* que se ha definido previamente, pero dejaría otros aspectos importantes del bienestar psicológico sin abordar.

El trabajo de estos autores, como previamente el de Fordyce, sirvió como precursor para impulsar la idea de que la felicidad propia debe ser uno de los pilares fundamentales que se trabajen a lo largo de la vida. El manual (Ellis & Becker, 1982) planteó *"diez normas para lograr tu felicidad personal"*, donde se mencionaron aspectos importantes como *'poner tu felicidad en primer lugar'*, *'ser consciente de que tú puedes controlar en gran medida tu destino emocional'* y *'decidir hacer un cambio, aun sabiendo que puede ser un trabajo duro'*.

Sin embargo, la felicidad se redujo a aspectos relacionados con el bienestar hedónico. El manual sugirió que las personas debían ser capaces de identificar las creencias irracionales que se escondían detrás de sus emociones negativas desproporcionadas, y cambiar éstas para evitar sentirse así. La evitación de emociones negativas está, efectivamente, relacionada con aumentar la percepción de bienestar. Sin embargo, como ya hemos visto, esta visión no abarca todas las dimensiones de la salud mental que se han planteado en modelos más completos. En la actualidad, y de acuerdo con las recientes búsquedas, no se han realizado estudios que continúen con la propuesta de terapia planteada por estos autores, ni que ofrezcan información sobre su funcionamiento en diferentes poblaciones más allá del manual inicial.

2.1.3 Terapia de calidad de vida – M. B. Frisch (1998)

En 1998 Michael B. Frisch publicó un manual basado en sus estudios sobre la calidad de vida, proponiendo una intervención basada en potenciar este aspecto de la experiencia de los pacientes (Frisch, 1998).

La base de la propuesta de Frisch fue que la mayoría de las terapias del momento habían basado sus intervenciones en paliar alguna sintomatología, dando por hecho que la calidad de vida aumentaría como consecuencia (Frisch, 1998). Esto se debía a que la calidad de vida era entendida como una combinación de satisfacción vital y bienestar subjetivo, además de una serie de criterios objetivos que debían cumplirse (como tener unas condiciones de vida estándar, no tener enfermedades físicas, no tener síntomas de trastornos mentales...) y habilidades funcionales básicas que debían poseerse (Frisch, 1998).

Sin embargo, la *teoría de calidad de vida* planteada por el autor sugirió que ésta vendría definida por la satisfacción que cada individuo sintiese en función de una evaluación individual y subjetiva, no en función de criterios objetivos. Ejemplo de ello sería una persona que no poseyese un criterio

considerado *objetivamente* necesario para la satisfacción vital (como un estado de salud físico completamente positivo). Esa persona podría aumentar su calidad de vida si relativizase la importancia que el área de salud física tiene en su satisfacción vital global, o si, aun sabiendo que no cuenta con una salud física perfecta, siguiese valorando positivamente su estado. Esos procesos aumentarían su satisfacción vital general, y por tanto su calidad de vida, sin necesidad de mejorar su salud *objetiva*.

El autor planteó así que la calidad de vida general de un individuo estaría formada por la integración y armonización de su satisfacción en diferentes áreas importantes de su vida, e identificó 16 áreas que parecían ser comunes en todas las personas:

1. Salud.
2. Autoestima.
3. Objetivos vitales y valores.
4. Finanzas.
5. Trabajo.
6. Ocio y tiempo libre.
7. Creatividad.
8. Solidaridad
9. Ayuda a los demás.
10. Amor.
11. Amistad y relaciones con los demás.
12. Hijos/as.
13. Familiares cercanos.
14. Hogar.
15. Barrio/vecindad.
16. Comunidad.

La evaluación que cada individuo daría a su satisfacción en cada una de las áreas dependería de las características de éstas, su forma de percibir las, su evaluación respecto a cómo de satisfecha está el área en su día a día, y la importancia que tenga dicha área en su felicidad general. Cada persona podría evaluar de forma diferente una misma área en función de cómo de importante fuese para él o ella.

Frisch orientó la propuesta de *Terapia de Calidad de Vida* a aumentar la satisfacción de los individuos en cada una de estas áreas, aumentando así la satisfacción general percibida con la vida.

Para ello, ofreció tanto estrategias específicas para cada una de las 16 áreas planteadas, como estrategias generales que podrían ser aplicadas a cualquiera de ellas. Estas estrategias se basan en el modelo CASIO diseñado por el autor (Frisch, 2006, 2013) en el que se tendrían en cuenta los siguientes pasos: 1) conocer las circunstancias y características (*C-characteristics*) objetivas del área en la vida del individuo; 2) examinar las actitudes (*A-attitudes*) e interpretaciones de la persona hacia esas circunstancias; 3) establecer estándares (*S-standars*) y objetivos realistas; 4) evaluar la importancia (*I-importance*) del área en la vida del individuo; y 5) evaluar el efecto en su satisfacción general (*O-overall satisfaction*) y cómo aumentarlo.

El planteamiento de una nueva terapia que tuviese como finalidad la calidad de vida en sí, y no sólo la calidad de vida como efecto secundario a la reducción de síntomas o a la modificación de circunstancias “objetivas”, siguió el planteamiento de los anteriores autores para intentar *despatologizar* la visión de las intervenciones. Sin embargo, el foco de atención continuó siendo el bienestar subjetivo y la satisfacción vital del individuo, pero en ningún momento se hizo referencia a otras funcionalidades que podrían afectar al bienestar, ni a la influencia de la sociedad y el bienestar comunitario en esta evaluación de la calidad de vida.

2.1.4 Terapia del bienestar – G. A. Fava (1999)

Simultáneamente, Giovanni A. Fava desarrolló la que él mismo denominó *Terapia del Bienestar (Well-Being Therapy)* (Fava, 1999). Se trató de una intervención que desarrolló a lo largo de los años, basada en potenciar el bienestar de los pacientes.

El desarrollo de este nuevo enfoque surgió a raíz de la observación, en el contexto de experiencia clínica, de que un alto porcentaje de pacientes con trastornos afectivos (depresiones mayores, ansiedad, agorafobia, etc.), recaían al de unos años en estos episodios. Fava subrayó que la combinación de tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual parecía ser efectiva

durante las primeras fases de la recuperación, pero derivaba en recaídas a largo plazo para la mayoría de los pacientes.

El trabajo de Fava se vio influenciado por las formulaciones de algunos de sus mentores. Especialmente, en su manual menciona la idea del profesor en medicina y psiquiatría George Engel de que *'no existen la enfermedad y la salud, sino un equilibrio dinámico entre ellas'* (Fava, 2016, pp. 2). Esto le llevó a enfocar su trabajo con pacientes en proceso de recuperación de un trastorno afectivo no tanto desde el punto de vista de tratamiento de sintomatología, como desde el punto de vista de potenciación del bienestar.

Fava (1999, 2016) desarrolló una terapia de ocho sesiones basada en el bienestar psicológico como alternativa –o al menos, como herramienta complementaria– a la terapia cognitivo-conductual. La Terapia de Bienestar de Fava (WBT por sus siglas en inglés) tomó como referencia las dimensiones propuestas por el modelo de Ryff, ya que el autor percibió que estos constructos se veían, en verdad, reflejados en los pacientes con los que había tenido experiencias clínicas. El diseño de esta terapia supuso una de las primeras propuestas de intervención basada en la potenciación del bienestar en lugar de la reducción de sintomatología que estaba correctamente construida sobre una base teórica fundamentada. Se alejó del hilo hedonista de las anteriores intervenciones, y empezó a incluir aspectos sobre el funcionamiento del ser humano en relación a sí mismo y al entorno. El resultado fue la creación de una terapia que ayudaría a potenciar el bienestar en pacientes, y a evitar recaídas a largo plazo.

Esta terapia supuso un gran avance para las intervenciones basadas en el bienestar, y es una herramienta que hoy en día sigue siendo utilizada y que proporciona grandes mejorías para los pacientes. Una reciente revisión realizada por Ruini y Fava (2015) de los estudios llevados a cabo con esta herramienta reportó sus resultados positivos en las aplicaciones clínicas. La terapia ha

sido validada en el tratamiento de personas con episodios de depresión mayor (Fava et al., 1998) reduciendo sus síntomas residuales y recaídas incluso en el seguimiento a seis años (Fava et al., 2004). También se han realizado intervenciones con personas con trastorno de ansiedad generalizado (Fava et al., 2005; Ruini & Fava, 2009) y personas con trastornos ciclotímicos (Fava et al., 2011) con resultados prometedores en la reducción de sintomatología y aumento del bienestar psicológico. Recientemente, la terapia se ha adaptó también a su aplicación con niños y adolescentes con trastornos de conducta o ansiedad, utilizando una dinámica de ocho sesiones de una hora de duración en la que se incluyeron juegos de rol y otras actividades adaptadas (Albieri et al., 2009). Los resultados reflejaron mejoras a nivel de bienestar psicológico, síntomas negativos y, en algunos de ellos, incluso mejoras en la escuela.

Sin embargo, desde el punto de la definición actual de la salud, vemos que todavía hay aspectos que se quedan sin abordar. La importancia de la sociedad en el bienestar de una persona, y a su vez la importancia de los actos individuales en el bienestar de una sociedad, queda reflejado en el modelo de Corey Keyes sobre *bienestar social*, pero no se incluyó como objetivo ni modelo de ninguna de las intervenciones planteadas hasta el momento.

2.2 INTERVENCIONES EN PSICOLOGÍA POSITIVA

Finalmente, a finales de los años 90 y principios de este siglo, Seligman y sus colaboradores publicaron los primeros resultados de lo que denominaron *Psicología Positiva* (Seligman et al., 2005, 2006). Se planteó como un nuevo enfoque que buscaba identificar y desarrollar las emociones y características positivas del ser humano (Seligman et al., 2005). Estos autores siguieron la línea de intervenciones que potenciaban el énfasis sobre los factores de bienestar más que en la reducción de la sintomatología negativa.

Como aproximación a este propósito, Seligman (2011) creó el modelo PERMA (véase p. 38), como base teórica sobre la que trabajaría cinco aspectos del bienestar. Sin embargo, la consolidación de este modelo se produjo años después de las primeras publicaciones de los resultados de las intervenciones en psicología positiva (Seligman, 2011). En sus primeros estudios, el foco se puso sobre las tres áreas de trabajo previamente mencionadas: las emociones positivas, el compromiso vital, y el significado (Seligman et al., 2006). Los autores denominaron *psicoterapia positiva* a estas intervenciones, que construyeron en base a la aplicación de una serie de técnicas y herramientas en '*intervenciones piloto*' con estudiantes. Seligman desarrolló los diferentes ejercicios que más adelante se usarían como herramientas en las intervenciones basadas en psicología positiva. Dado el éxito de estas experiencias y el impacto positivo que parecían tener en sus estudiantes, consideraron crear intervenciones más estructuradas y ponerlas a prueba con pacientes con síntomas de depresión.

El resultado fue la creación de una intervención con una serie de sesiones que puso a prueba tanto de forma individual como grupal. Cada una de las sesiones trabajaba uno de los ejercicios que había testado previamente, y que estaba dirigido a trabajar las tres áreas identificadas (emociones, compromiso y significado). Los resultados de los estudios (Seligman et al., 2006) concluyeron que los participantes que habían tomado parte en las intervenciones en psicología positiva, efectivamente, redujeron sus síntomas de depresión, y descubrieron que aliviaban los síntomas incluso seis meses después, en comparación con un tratamiento placebo.

El trabajo propuesto por Seligman y la *creación* del paradigma de la *psicología positiva* supuso, desde el punto de vista de la literatura, un antes y un después para trabajar la salud mental. A raíz de sus publicaciones, muchos estudios han continuado trabajando el bienestar mediante la utilización de estas herramientas, auto-denominándose intervenciones basadas en la psicología

positiva (PPI), implementando estas técnicas y ejercicios para aumentar el bienestar y la salud de las personas, así como para paliar sintomatología en muestras clínicas.

Las modalidades para aplicar estas intervenciones han sido muy variadas en cuanto a la población, el formato y al contenido. Algunas de las propuestas se han enfocado en la aplicación de una única técnica para mejorar una de las variables del bienestar de los participantes: estas son las llamadas intervenciones unicomponente. Otras han optado por la combinación de diferentes técnicas que potencien dos o más aspectos de las fortalezas de los participantes, creando las denominadas intervenciones multicomponente.

Algunas de las PPI unicomponente más habituales recogen ejercicios en fortalezas, gratitud o amabilidad entre otros. Emmons y McCullough (2003) plantearon una intervención basada en la gratitud en la que invitaban a un grupo de participantes a hacer un listado de cosas por las que estaban agradecidos en el día a día, frente a un grupo que listaba eventos neutrales que les habían ocurrido y otro que listaba molestias que habían surgido durante el día. Otras intervenciones similares se recogen en la revisión realizada por Davis et al. (2016). Schutte y Malouff (2019) realizaron también una revisión de las intervenciones enfocadas en cultivar las fortalezas personales, incluyendo un total de 14 artículos, y encontraron que nueve de los estudios habían investigado el efecto en la felicidad con resultados significativos.

Existen otras revisiones que comprueban la eficacia de las PPI unicomponente. Sin embargo, una revisión sistemática realizada recientemente y que evalúa tanto intervenciones unicomponente como multicomponente ha concluido que los programas que contienen dos o más actividades basadas en la psicología positiva muestran mejores efectos en el bienestar que aquellas de una única actividad (Carr et al., 2021).

Las intervenciones multicomponente incluyen por lo general varias sesiones, cada una de ellas centrada en el trabajo en uno de los ámbitos del bienestar y la realización de una de las actividades diseñadas para potenciarlo. La aplicación de cada sesión se puede llevar a cabo tanto de manera individual como grupal, o también en formato de auto-aplicación. El componente grupo ha demostrado tener por sí mismo una fuerte capacidad terapéutica, al permitir a gente con una problemática o unas circunstancias similares juntarse para trabajar los mismos objetivos. Freire (2018) destaca que compartir experiencias con iguales tiene de por sí un efecto favorecedor en la efectividad de las intervenciones.

2.2.1 Revisiones en el ámbito de la psicología positiva

Debido al auge de estas aplicaciones en la literatura actual, existen muchos estudios que aportan evidencias sobre el funcionamiento de las intervenciones (tanto unicomponente como multicomponente). Varios autores han realizado revisiones sistemáticas con el fin de evaluar la magnitud de los resultados positivos en el bienestar de los participantes, y cuáles son las aplicaciones que mejor influyen en él.

La primera revisión fue llevada a cabo por Sin y Lyubomirsky en 2009. Realizaron un meta-análisis de aquellas intervenciones identificadas como PPI que se enfocaban estrictamente en estrategias para potenciar las emociones positivas, los pensamientos positivos, y las actitudes positivas, encontrando 51 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Estas intervenciones, en su mayoría unicomponentes, mostraron efectos positivos en el aumento del bienestar ($r = .29$) y reducción de la sintomatología depresiva ($r = .31$), siendo los efectos más notorios en poblaciones de más edad, en formatos más largos, en modalidad individual o grupal frente a auto-aplicado, en muestras auto-seleccionadas y en personas con niveles previos de depresión mayor.

La revisión realizada por Bolier y colaboradores (2013) sigue la misma línea que la anterior: la definición adoptada para describir intervenciones en psicología positiva se basó en la descripción de Sin y Lyubomirsky (2009) según la cual debían potenciar emociones, pensamientos y actitudes positivas, y añadieron que estas debían seguir explícitamente los postulados de la psicología positiva. La revisión identifica un total de 39 estudios realizados entre 1998 y 2012, en los que se analizó el formato de aplicación y las variables que podían influir en sus resultados. Se encontraron resultados positivos de incremento del bienestar subjetivo y psicológico y reducción de los síntomas de depresión, si bien los tamaños de efecto reflejados fueron pequeños ($d= 0.34$; $d= 0.20$ y $d= 0.23$, respectivamente). A largo plazo, los efectos en el bienestar se mantuvieron ($d= 0.22$ para el bienestar subjetivo y $d= 0.16$ para el bienestar psicológico). Las intervenciones mostraron ser más eficaces reduciendo los niveles de depresión cuando eran más largas, cuando eran individuales frente a auto-aplicadas, cuando se ofrecían a personas con ciertos problemas psicosociales y con profesionales de la salud. Estos resultados fueron similares a los encontrados en la revisión anterior.

La revisión de Weiss et al. (2016) incluyó únicamente intervenciones en psicología positiva que se basan en la mejoría del bienestar psicológico planteado en el modelo de Ryff, por lo que la revisión queda más acotada e incluye 27 estudios con muestras tanto generales como clínicas. Al igual que en las revisiones anteriores, se encontraron efectos positivos en el bienestar psicológico tras las intervenciones, con un tamaño del efecto moderado ($d= 0.44$) y también en aquellas con seguimiento a seis meses, si bien con tamaño del efecto pequeño ($d= 0.22$). Estos efectos resultaron mayores en muestras clínicas y en aplicaciones individuales frente a auto-aplicadas y grupales.

Si bien la revisión de Chakhskii y colaboradores (2018) sigue las mismas premisas que las anteriores –basándose una vez más en la definición de Sin y Lyubomirsky (2009) de que una

intervención positiva debe centrarse en emociones, pensamientos y actitudes positivas –ésta se realizó teniendo en cuenta únicamente aquellas cuya población objetivo eran personas con trastornos psiquiátricos o somáticos. Encontraron resultados significativos para aumentar el bienestar ($g = 0.28$) y reducir depresión ($g = 0.27$) y ansiedad ($g = 0.47$) en el post-test y también en el seguimiento, con tamaños del efecto moderados-bajos ($g = 0.41$; $g = 0.21$ y $g = 0.35$, respectivamente). Sin embargo, el meta-análisis no encontró un efecto significativo para el caso del estrés. En esta ocasión, no encontraron diferencias importantes en función del tipo de trastorno, el formato de aplicación individual o grupal, o la duración, aunque sí en función de si la intervención era guiada por un terapeuta o no.

Finalmente, Hendriks y colaboradores (2020) realizaron una revisión de las intervenciones multicomponente en psicología positiva. Para definir qué intervenciones pueden considerarse PPI, propusieron que éstas debían estar dirigidas a aumentar las emociones, cogniciones, y/o actitudes positivas; y además utilizar estrategias orientadas al bienestar, con una base empírica y teórica. Se definieron como multicomponente aquellas que estaban orientadas a trabajar dos o más componentes del bienestar subjetivo y psicológico. Incorporaron en su revisión un total de 50 estudios realizados en el periodo que oscila entre 1998 y 2018. Los resultados reflejaron efectos positivos aumentando estas dos dimensiones del bienestar (con tamaños del efecto de $g = 0.34$ y $g = 0.39$ respectivamente), y reduciendo los niveles de depresión ($g = 0.32$), ansiedad ($g = 0.35$) y estrés ($g = 0.35$). Los estudios con seguimientos reflejaban también efectos significativos en bienestar, tanto subjetivo ($g = 0.27$) como psicológico ($g = 0.32$) y depresión ($g = 0.45$) que perduraban tiempo después de finalizar la intervención. No se encontraron diferencias significativas en función de la duración o el tipo de aplicación de la intervención, ni en función de

la población, pero sí se encontró que las realizadas en países no-occidentales obtuvieron efecto de mayor magnitud que aquellas realizadas en países occidentales.

La revisión de Carr et al. (2021) consideró que las realizadas anteriormente habían tenido en cuenta una definición de intervención en psicología positiva excesivamente estricta, y que con ellos se excluían muchos estudios potencialmente pertinentes. Por ello, tuvieron en cuenta cualquier intervención destinada a aumentar el bienestar mediante estrategias que fueran consistentes con la psicología positiva, sin necesidad de identificarse necesariamente dentro de esta corriente. Atendiendo a este criterio, identificaron 347 estudios analizables realizados entre los años 1998 y 2018. Los resultados de la integración meta-analítica mostraron tener efectos significativos en el post test para bienestar, calidad de vida, fortalezas, depresión, ansiedad y estrés, con tamaños del efecto moderados (valores de g entre -0.63 y 0.39); que siguieron siendo significativos en el seguimiento aproximadamente tres meses después, si bien con tamaños del efecto ligeramente menores (valores de g entre -0.54 y 0.34). Al igual que en las revisiones anteriores, los resultados mostraron ser más significativos con poblaciones clínicas, en países no-occidentales, en aplicaciones grupales o individuales frente al formato de auto-aplicación, y en intervenciones de mayor duración. También mostraron tener más efecto las intervenciones multicomponente que unicomponente, y en esta ocasión, en aquellas con pacientes derivados a la intervención que los auto-seleccionados.

La evaluación de las revisiones que se han realizado en los últimos años permite concluir que: 1) existen muchas aplicaciones de intervenciones en psicología positiva o intervenciones positivas (sin necesidad de identificarse con la corriente de Seligman) que han demostrado ser adecuadas para aumentar los niveles de bienestar; 2) las intervenciones se han centrado, en su mayoría, en la valoración del bienestar subjetivo y/o psicológico, y la reducción de la sintomatología negativa; y

3) la mayoría de los estudios muestran mejores resultados en aplicaciones individuales o grupales frente a las auto-aplicadas, en intervenciones más largas, y en intervenciones multicomponente.

La síntesis de estas revisiones y de los meta-análisis llevados a cabo refleja que los tamaños del efecto de los cambios experimentados en el bienestar tras la intervención resultan moderados-bajos, oscilando entre 0.20 y 0.44. Estos valores corresponden a medidas de bienestar tanto subjetivo como psicológico, que son las dos dimensiones empleadas para evaluar el efecto de las intervenciones. Ninguno de los meta-análisis reporta datos sobre la variación de la dimensión social, al no ser ésta una medida presente en los estudios incluidos. La reducción en síntomas relacionados con la depresión sigue un patrón similar, con tamaños del efecto entre 0.23 y 0.39. Los efectos en ansiedad y estrés están menos presentes en las revisiones, aunque aquellas que los reflejan encuentran tamaños del efecto ligeramente superiores a los de depresión (oscilando entre 0.35 a 0.62 en ansiedad, y entre 0.35 y 0.58 en estrés).

Las revisiones que han evaluado los efectos de la intervención en un seguimiento a medio plazo han encontrado que los tamaños del efecto tienden a permanecer similares a los encontrados en el post-test, oscilando entre 0.22 y 0.41 para el bienestar; entre 0.21 y 0.54 para la depresión, y entre 0.35 y 0.37 para la ansiedad.

Estas revisiones resultan herramientas útiles para afianzar las evidencias sobre el efecto de las intervenciones positivas aumentando los niveles de bienestar de los participantes. Reflejan igualmente evidencias a favor de aplicar la intervención guiada por un terapeuta (ya sea de forma individual como grupal). Esto ofrece una guía sobre cómo podrían orientarse futuras intervenciones positivas. Sin embargo, y a pesar de la utilidad de las integraciones que se han llevado a cabo hasta el momento, todas ellas se han enfocado en la evaluación de la metodología empleada y los resultados obtenidos. Las revisiones no han recabado información acerca de las

herramientas, actividades o incluso temáticas tratadas en las diferentes intervenciones, ni han evaluado las teorías sobre la felicidad, el bienestar y/o la salud mental que sustentan y justifican la utilización de las mismas.

Hasta la fecha, no se ha realizado ninguna revisión o estudio que evalúe las bases teóricas de las intervenciones en psicología positiva, con el fin de comprobar si éstas se encuentran realmente fundamentadas en un modelo sólido que permita definir y operativizar la salud mental. Basándose en una aproximación al método científico, sería objetivo de la psicología crear herramientas e intervenciones específicas en función a las diferentes teorías sobre la personalidad y la mente humana que se hayan podido generar previamente. Es por eso, que se considera necesario que una intervención destinada a potenciar el bienestar y la salud mental, como lo son las intervenciones basadas en psicología positiva, defina previamente las variables y las dimensiones que componen esta salud, de forma que se establezcan unos objetivos claros sobre los que trabajar, y unas variables concretas para potenciar. Sería necesario, por tanto, examinar las intervenciones existentes en los últimos años orientadas hacia el bienestar desde un punto de vista más teórico y menos metodológico para recoger información sobre estos modelos de salud mental sobre los que se sustentan.

3. INTERVENCIONES MULTICOMPONENTES Y GRUPALES: SCOPING REVIEW

3.1 OBJETIVO

En el capítulo previo se ha puesto de manifiesto una importante contribución de evidencias sobre la aplicación de intervenciones basadas en el paradigma de la psicología positiva. Para establecer el estado del arte se ha recurrido, como recurso de síntesis, a los estudios de revisión sistemática que se han llevado a cabo hasta el momento, localizándose un total de seis artículos (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhsii et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Sin y Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). Dependiendo de los criterios de inclusión y exclusión llevados a cabo por cada uno de ellos, las evidencias analizadas oscilan entre un mínimo de 27 (Weiss et al., 2016) y un máximo de 347 estudios (Carr et al., 2021), tratándose ésta de la publicación más reciente y actualizada. Tomando en conjunto las conclusiones de todas estas revisiones parece afianzarse la idea de que estas intervenciones resultan una herramienta útil, eficaz y efectiva para mejorar el bienestar subjetivo y psicológico de los participantes, tanto si estos forman parte de poblaciones generales como clínicas, así como en varios formatos de aplicación (individual, grupal, auto-aplicadas, unicomponente, multicomponente...).

Sin embargo, las revisiones han buscado en todo momento unificar resultados y comparar diferentes métodos de aplicación. Ninguna de ellas ha planteado, hasta la fecha, una revisión del marco teórico sobre el que se sustentan las intervenciones en psicología positiva. Debido a su rápido auge en la literatura, y al hecho de que el modelo teórico del propio autor que se considera *pionero* de estas intervenciones se haya ido construyendo a posteriori, cabe preguntarse si la justificación de estas intervenciones reside únicamente en replicar estudios anteriores que han mostrado ser funcionales; o si por otro lado existe un modelo sólido que define la salud mental y que justifique la selección y aplicación de las áreas, herramientas y técnicas incluidas en las intervenciones. La importancia de construir las intervenciones psicológicas sobre teorías previas

en relación con la personalidad y mente humana, hace que se considere fundamental sustentar las intervenciones basadas en psicología positiva sobre un marco teórico que defina las variables de salud mental.

El propósito de este capítulo ha sido llevar a cabo una revisión sistemática del tipo ‘*Scoping review*’ (Mays et al., 2001; Arksey & O’Malley, 2005), con el objetivo de identificar y describir intervenciones basadas en los principios de la psicología positiva (análisis de los componentes que constituyen la intervención y las características de su aplicación) y si éstas están fundamentadas en un modelo teórico de salud mental / bienestar.

3.2 MÉTODO

Para los fines de este estudio, una revisión de alcance (*scoping review*) se define como un tipo de síntesis de investigación que tiene como objetivo “*mapear la literatura sobre un tema o área de investigación en particular y proporcionar una oportunidad para identificar los conceptos clave; las brechas en la investigación; y los tipos y fuentes de evidencia para informar a la práctica, la formulación de políticas y la investigación*” (Arksey & O’Malley, 2005, p. 21).

Para su ejecución se tomó como base procesual el modelo PRISMA (Hutton et al., 2016). El objetivo de la búsqueda sistemática era identificar aquellas intervenciones que se habían llevado a cabo desde la perspectiva de la psicología positiva, y contrastar si habían sido desarrolladas a partir de un modelo teórico identificable. La búsqueda se orientó de forma específica hacia las intervenciones que proponían un enfoque multicomponente, es decir, que desarrollaban más de una actividad enfocada a diferentes áreas del bienestar, y que se realizaban en formato grupal. No se aplicaron restricciones en cuanto al idioma o fecha de publicación. La exploración se llevó a cabo hasta el mes de Mayo de 2022, y se rastreó la información hasta el mes previo a fecha de búsqueda en las siguientes bases de datos: EBSCOhost (PsychINFO, PSICODOC, Psychology &

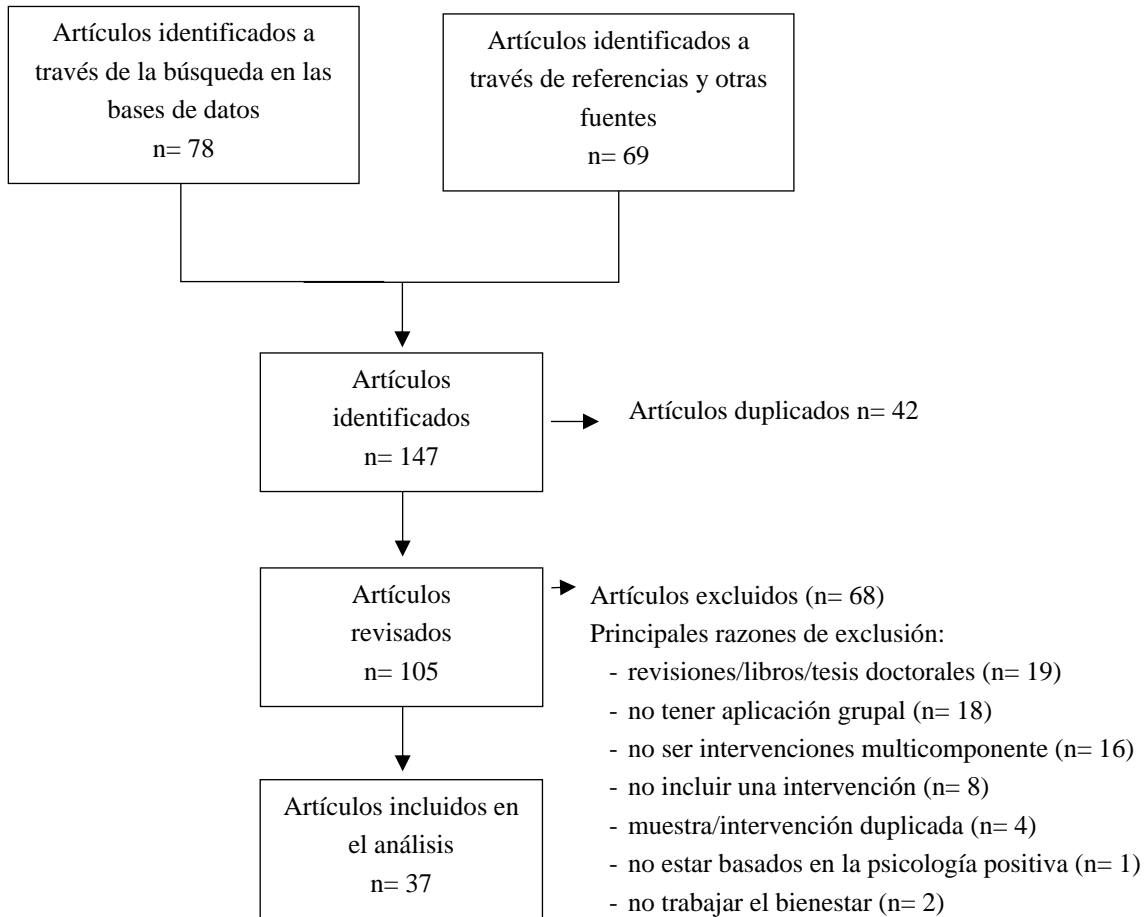
Behavioral Sciences Collection), SCOPUS, ProQuest y MEDLINE (PubMed). La identificación de artículos se complementó con la localización de los estudios que se habían considerado en las seis revisiones sistemáticas publicadas hasta ese momento. La estrategia de búsqueda fue a través de las siguientes palabras clave: “positive psychology”, “positive psychology intervention”, “positive psychology therapy”, “multicomponent”, “multicomponent intervention”, “multicomponent therapy” “group”, “group intervention”, “group therapy”, y sus combinaciones por conectores AND o OR, y que aparecieran en el Título (TI) y/o Resumen (AB).

Los criterios de inclusión principales que se tuvieron en cuenta fueron: [1] que se describiera una intervención que realizara al menos tres actividades diferentes, [2] que se basara en los principios de la psicología positiva, [3] que se aplicara de forma grupal (ya fuera online o presencial) y [4] que estuviera dirigida a mejorar alguna de las dimensiones del bienestar y/o que incluyera un área del bienestar como medida de resultado. No se aplicaron restricciones respecto al tipo de diseño de evaluación utilizado (pre-experimental, cuasi-experimental o ensayo clínico), pero sí se consideraron aquellos que al menos tuvieran dos medidas temporales de valoración (evaluación pre-post facto).

Los títulos y resúmenes de los estudios localizados en la búsqueda sirvieron para la identificación de estudios potenciales que cumplieran los criterios de inclusión. Los estudios potenciales elegibles se localizaron y recuperaron en PDF y/o papel y se leyeron a texto completo, verificando el cumplimiento de criterios de inclusión y seleccionando la muestra final de estudios analizables. En el proceso, se excluyeron los artículos repetidos y se listó en número de artículos desechados y las razones de su exclusión. En la Figura 3.1 se presenta el diagrama de flujo del proceso de selección realizado.

Figura 3.1:

Diagrama de flujo del proceso de selección sistemática de estudios.



Se utilizó una planilla de registro de información que incluyó los siguientes datos: Autoría y año de publicación; Características muestrales (población de estudio, tipo de diseño y número de participantes por grupo de intervención); Características de la intervención (duración / nº de sesiones, nº de participantes por grupo, componentes conceptuales de las sesiones); Medidas de evaluación (variables de resultado e instrumento utilizado); e Identificación de la existencia de un

modelo conceptual de salud mental que soporte la confección de la intervención llevada a cabo. Se elaboró un resumen descriptivo de los principales resultados que se presentan en la Tabla 3.1 (p. 73).

3.3 RESULTADOS

La aplicación de la estrategia de búsqueda a través de procedimientos informatizados condujo a la identificación de 78 publicaciones. La revisión de otras fuentes de información – principalmente los estudios de revisión sistemática existentes– y siguiendo los criterios de inclusión propuestos, identificó un total de 69. 42 publicaciones identificadas por este último procedimiento resultaron coincidentes con la búsqueda informatizada, obteniéndose una muestra de 105 artículos potenciales para ser revisados a texto completo. Hacer notar como un total de 27 artículos potenciales fueron localizados por la revisión de estudios incluidos en las revisiones sistemáticas publicadas y no por el procedimiento de búsqueda en las bases de datos informatizadas. Finalmente, 68 son excluidos por no cumplir criterios (las razones de su exclusión se presentan en la Figura 3.1) y se incluyen 37 como fuente de análisis de la presente revisión de alcance.

Los 37 artículos incluidos han sido publicados entre 2006 y 2022, siendo los años de edición con mayor número de publicaciones el 2015 y 2016, y localizándose la mediana en el año 2016. Entre el 2014 y 2016 se localiza el periodo de mayor producción ($5+6+6 = 17$), un 45.9% del total; con anterioridad al año 2012 solo se localizan cuatro estudios, y con posterioridad al año 2017 un total de 13 estudios (35.1%). No se identifica una producción extensa atribuible a grupos de investigación específicos, destacando la producción imputable a Seligman y a Fava, con dos estudios atribuibles a cada uno de estos dos grupos.

En cuanto a las características de la muestra, un tercio de los estudios (32.43%, n= 12) se aplica a población clínica (entre los participantes se encuentran pacientes diagnosticados con cáncer, esclerosis múltiple o enfermedad cardiovascular entre otros), pero uno de los estudios es una presentación del protocolo de actuación, sin evidencias constatables. El restante 62.16% de las intervenciones se destinan a población general, prioritariamente en poblaciones de estudiantes. Respecto a la distribución etaria, un 53.52% de los estudios tienen como participantes poblaciones de niños, pre-adolescentes o adolescentes; un 13.04% se realizan en estudiantes universitarios; otro 13.04% en adultos, y un 8.69% en adultos mayores. Un artículo incluye dos estudios, uno con población general y otro con una población sub-clínica de personas mayores y sus cuidadores, y otro realiza dos intervenciones sobre dos muestras diferentes de 90 y 1054 participantes de estudiantes.

Del conjunto de 12 estudios destinados a población clínica, diez presentan un diseño con grupo control y medidas repetidas, si bien uno de éstos no ofrece datos al tratarse de un protocolo. Los tamaños muestrales tienden a ser moderado-bajos y oscilan entre un mínimo de 9/9 (grupo experimental/control) y un máximo de 87/88, situándose el valor de la mediana en 16/17. Respecto a los estudios realizados con población general, tan solo tres sobre 25 carecen de grupo control, si bien un estudio no ofrece ningún tipo de información sobre las características del diseño empleado. Los tamaños muestrales empleados son de mayor magnitud que los estudios clínicos y oscilan entre un mínimo de 16/16 y un máximo de 1752/756, situándose la mediana en un valor aproximado de 65/38.

Dadas las características de los criterios de inclusión, los 37 estudios corresponden con intervenciones que se llevan a cabo de forma grupal, pero el tamaño de su composición varía entre un mínimo de seis personas y un máximo de entre 25 y 30 personas. Dieciocho de los estudios no

especifican detalladamente el tamaño de los grupos con los que se trabajó. El número de sesiones de intervención también es variable (entre un mínimo de una única sesión a un máximo de 24 sesiones), siendo el formato más extendido (54% de los estudios) el que ofrece entre 6 (27%) y 8 (24.3%) sesiones. Asimismo, se observa que el número de sesiones dedicadas en las intervenciones dirigidas a población general (29.1% > 10 sesiones) es mayor que en el caso de poblaciones clínicas (15.4% > de 10 sesiones).

Por otro lado, las actividades, componentes y/o temáticas más presentes durante las intervenciones han sido:

- las fortalezas personales (presentes en 83.78% de las intervenciones),
- la gratitud (75.67%),
- los objetivos vitales (35.13%),
- las emociones positivas (32.43%),
- el saboreo (24.32%),
- la amabilidad (21.62%),
- y la compasión y perdón (18.91% y 16.21, respectivamente).

Las variables de resultado más presentes, son: los síntomas de depresión (18 artículos), la satisfacción vital (12), los afectos positivos (11), el bienestar psicológico (7), el optimismo (5) y la salud mental general (4) evaluada a través del MHC-SF.

Finalmente, y atendiendo al objetivo principal de este estudio de revisión, se ha llevado a cabo un análisis del modelo de salud planteado como base teórica para desarrollar y crear la intervención. Diez artículos no describen un modelo teórico sobre el que fundamentar su intervención. Estos estudios definen el bienestar como algo diferenciado de la patología, y recalcan la importancia de plantearlo como objetivo final de las intervenciones positivas. Describen el papel

del bienestar subjetivo (descrito como satisfacción vital y afecto positivo en la mayoría de ellos) como factor de protección frente a patologías, y muchos de ellos se inspiran en intervenciones basadas en la psicología positiva que se han llevado a cabo previamente con resultados positivos. Sin embargo, no hacen una descripción precisa de los componentes de la salud mental ni justifican la selección de las actividades con el área del bienestar que quieren mejorar.

Otros artículos, un total de cuatro, utilizan diferentes modelos para describir la salud y el bienestar: un artículo habla de bienestar como coherencia entre los componentes afectivos y cognitivos; otro se enfoca en el plan de acción para la Salud Mental Europeo (WHO, 2005) que, basándose en la definición de salud que ofrece la OMS, habla de una visión salutogénica de la salud que incluya bienestar emocional, psicológico, social y espiritual. La propia definición de la OMS (1946, 2020) construye la base de otro de los artículos para justificar el trabajo en bienestar. Un cuarto estudio se basa en el modelo de salud de Champion y colaboradores (2012) y define éste, igualmente, como una diferenciación entre ausencia de patología y presencia de salud mental. Sin embargo, aunque todos estos modelos avalan la necesidad de diferenciar el no tener una sintomatología de tener salud, son pocos los que hablan de cuáles son los componentes reales de esta salud mental.

Tres artículos mencionan el modelo de Felicidad Sostenible de Lyubomirsky et al. (2005) en el que describe que los niveles de felicidad están compuestos por tres elementos: 1) una línea base que está genéticamente determinada, 2) las circunstancias vitales que nos rodean y que nos van ocurriendo, y 3) las actividades intencionales que nosotros elegimos o no realizar, y que son las que están en nuestra mano modificar para aumentar nuestros niveles de felicidad.

El modelo de Seligman et al (2006) sobre la felicidad también está compuesto por tres elementos, siendo estos: 1) las emociones positivas y poder vivir una vida placentera; 2) el

compromiso con la vida y la creación de objetivos vitales propios, y 3) la vida con sentido y la sensación de aportación a la comunidad. Este está presente en cuatro de los artículos incluidos en la revisión.

Finalmente, los modelos presentes en la revisión sistemática y que explican de forma más detallada de qué se compone la salud y el bienestar y, por tanto, cuáles deberían ser las variables a trabajar durante las diferentes sesiones de las intervenciones, son los que se basan en los modelos de bienestar eudaimónico de Carol Ryff (seis artículos), el modelo de florecimiento de Corey Keyes (un artículo), y el modelo PERMA de Martin Seligman (tres artículos): un total de 10 sobre los 37 revisados (27.03%).

El estudio realizado por Appiah et al. (2020) con adultos rurales de Ghana es el único que describe el modelo de florecimiento de Keyes teniendo en cuenta las tres dimensiones del bienestar (subjetivo, psicológico y social). En este estudio se refleja un cambio significativo en el grupo experimental frente al grupo control tras la realización de la intervención en su salud mental positiva, evaluada con el MHC-SF ($F(2,160)= 25.355, p < .001$) y también en sus sub-escalas, ofreciendo un dato importante sobre el bienestar social, que mejoría en el grupo experimental tras la participación en la intervención frente al grupo control ($F(2,160)= 50.025, p < .001$). Los tamaños del efecto encontrados en la salud mental positiva (y sus sub-escalas) entre la línea base y el post-test del grupo intervención fueron muy elevados (valores d entre 1.51 y 1.76).

3.4 CONCLUSIÓN

La revisión de las intervenciones realizadas en los últimos años que hayan utilizado una modalidad grupal y más de un componente de la psicología positiva ha arrojado un total de 37 artículos que se han analizado a través de sus características muestrales y de diseño, de sus componentes y, preferentemente, de su modelo teórico de salud.

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones en psicología positiva grupales multicomponente.

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
1. Seligman et al. (2006) Estudio 1	Estudiantes universitarios G. E. = 19 G. C. = 21	Duración: 6 sesiones (2 horas) Grupo: 8-11 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Emociones positivas - Autobiografía - Gratitud - Respuestas constructivas - Saboreo	-Depresión (BDI) -Satisfacción Vital (SWLS)	Modelo de Seligman, et al. (2006) sobre la felicidad dividida en tres componentes: - Emociones positivas (vida placentera) - Compromiso con la vida - Vida con sentido
2. Ruini et al. (2009)	Estudiantes escolares G. E. = 129 G. C. = 98	Duración: 6 sesiones (2 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Identificación y expresión de emociones - Pensamientos y emociones - Reestructuración cognitiva - Fortalezas personales - Relaciones positivas - Auto-aceptación y autonomía	-Bienestar (PWBS) -Síntomas de ansiedad, depresión, somatización y hostilidad (SQ) -Ansiedad (RCMAS)	Modelo de Seis Dimensiones de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989): - Auto-aceptación - Relaciones positivas - Autonomía - Dominio del entorno - Propósito en la vida - Crecimiento personal
3. Tomba et al. (2010)	Estudiantes escolares G. E. = 82 G. C. = 80	Duración: 6 sesiones (2 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Identificación y expresión de emociones - Pensamientos y emociones - Reestructuración cognitiva - Fortalezas personales - Relaciones positivas - Auto-aceptación y autonomía	-Bienestar (PWBS) -Síntomas de ansiedad, depresión, somatización y hostilidad (SQ) -Ansiedad (RCMAS)	Modelo de Seis Dimensiones de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989): - Auto-aceptación - Relaciones positivas - Autonomía - Dominio del entorno - Propósito en la vida - Crecimiento personal
4. Asgharipoor et al. (2012)	Pacientes depresión mayor G. E. = 9 G. C. = 9	Duración: 12 sesiones (2 horas) Grupo: 9 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Experiencias positivas - Sentido y significado - Búsqueda de placer - Técnicas cognitivas	-Depresión (BDI-II) -Malestar (SUDS) -Felicidad (OTH)	Modelo de Seligman (2006) sobre la felicidad dividida en tres componentes: - Emociones positivas (vida placentera) - Compromiso con la vida - Vida con sentido
5. Asl et al. (2014)	Mujeres infértiles G. E. = 18 G. C. = 18	Duración: 6 sesiones Grupo: 6 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Respuestas constructivas - Saboreo - Autobiografía	-Depresión (BDI-II) -Felicidad (OHI)	Modelo no especificado

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
6. Cerezo y Ortiz-Tallo (2014)	Pacientes con cáncer de mama G. E. = 87 G. C. = 88	Duración: 14 sesiones (2 horas) Grupo: 10-15 personas Sesiones: - Inteligencia emocional - Autoestima - Estrategias de afrontamiento - Optimismo - Resiliencia - Humor - Gratitud - Fortalezas personales	-Satisfacción Vital (SWLS) -Felicidad (única pregunta) -Afectos positivos (AS) -Inteligencia emocional (TMMS-24) -Optimismo (LOT-R) -Resiliencia (CD-RISC) -Autoestima (RSES)	Definición de bienestar como evaluación positiva de la vida propia basándose en la coherencia de: - Componentes cognitivos (aspiraciones y objetivos vitales) - Componentes afectivos (estado emocional óptimo)
7. Khayatan et al. (2014)	Personas con esclerosis múltiple G. E. = 15 G. C. = 15	Duración: 6 sesiones (1.5 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Respuestas constructivas - Optimismo - Saboreo - Autobiografía	-Depresión (BDI-II)	Modelo no especificado.
8. Shoshani y Steinmetz (2014)	Estudiantes pre-adolescentes G. E. = 537 G. C. = 501	Duración: 15 sesiones (1.5 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Emociones positivas - Gratitud - Relaciones positivas - Apoyo Social - Compasión y amabilidad - Tolerancia y escucha activa - Fortalezas personales - Objetivos Vitales - Auto-aceptación	-Síntomas negativos de la Salud Mental (BSI) -Autoestima (RSES) -Auto-eficacia (GSES) -Satisfacción Vital (SWLS) -Optimismo (LOT-R)	Combinación de modelo hedónico (satisfacción, felicidad y emociones positivas) con eudaimónico (actualización, autonomía, sentido y significado).
9. Suldo et al. (2014)	Estudiantes pre-adolescentes G. E. = 20 G. C. = 20	Duración: 10 sesiones Grupo: 7 personas Sesiones: - Gratitud - Amabilidad - Fortalezas personales - Saboreo - Optimismo y esperanza	-Satisfacción Vital (BMSLSS y SLSS) -Afecto positivo (PANAS-C) -Problemas comportamentales (YSR)	Salud como no patologías y bienestar subjetivo (satisfacción y afectos positivos). Modelo de Felicidad Sostenible de Lyubomirsky tres elementos sobre felicidad - Línea base - Circunstancias vitales - Actividades intencionales

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
10. Carr y Finnegan (2015)	-----	Duración: 20 sesiones (2 horas) Grupo: 6-14 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Reestructuración cognitiva - Humor - Dar cumplidos - Manejo de ansiedad e ira - Asertividad - Perdón - Gratitud - Saboreo	-Depresión (BDI-II)	Modelo no especificado
12. Leontopoulou (2015)	Adultos jóvenes G.E. = 40	Duración: 1 sesión (1.5 horas) Grupo: 5 personas Conceptos trabajados: - Emociones positivas - Gratitud - Mejor yo posible - Objetivos vitales	-Gratitud (GQ-6) -Esperanza (CHS) -Fortalezas (VIA) -Relaciones sociales (RQ)	Modelo de Felicidad Sostenible de Lyubomirsky tres elementos sobre felicidad - Línea base - Circunstancias vitales - Actividades intencionales Intervención basada en el Modelo PERMA de Seligman (2011): - Emociones positivas - Compromiso - Relaciones positivas - Sentido y significado - Logros
13. Leventhal et al. (2015)	Chicas adolescentes rurales de India G. E. = 1752 G. C. =756	Duración: 23 sesiones Grupo: sin especificar Sesiones: - Escucha activa - Fortalezas personales - Objetivos vitales - Identificación y manejo de emociones - Perdón	-Resiliencia (CD-RS) -Apoyo socio-emocional (CAYRM) -Ansiedad (GDA) -Bienestar Psicológico (KIDSCREEN.-52) -Bienestar Social (KIDSCREEN-52)	Modelo no especificado.
14. Uliaszek et al. (2015)	Estudiantes escolares G. E. = 27 G. C. = 27	Duración: 12 sesiones (2 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Gratitud - Resiliencia - Fortalezas personales - Relaciones positivas - Sentido de la vida - Manejo de emociones negativas	-Sintomatología (SCL-90R y LPI) -Regulación emocional (DERS) -Tolerancia a la angustia (DTS) -Habilidades de Mindfulness (KIMS) -Afrontamiento (WOCCL) -Felicidad (PPTI) -Satisfacción Vital (SWLS) -Alianza terapéutica (WAI)	Modelo de Seligman (2006) sobre la felicidad dividida en tres componentes: - Emociones positivas (vida placentera) - Compromiso con la vida - Vida con sentido

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
15. Veltro et al. (2015)	Estudiantes adolescentes G. E. = 41 G. C. = 38	Duración: 24 sesiones (1 hora) Grupo: sin especificar Sesiones: - Objetivos vitales - Solución de problemas - Habilidades de comunicación - Escucha activa y asertividad - Auto-control y auto-aceptación - Estrés, ansiedad, depresión	-Auto-eficacia (APEN-G/APEP-G) -Fortalezas y Dificultades (SDQ) -Bienestar (HAWQ)	Plan de Acción para la Salud Mental Europeo (WHO, 2005): importancia de una visión salutogénica: - Bienestar emocional - Bienestar social - Bienestar espiritual - Bienestar físico
16. Boniwell et al. (2016)	Estudiantes escolares G.E. = 96 G.C. = 68	Duración: 18 sesiones (50 minutos) Grupo: 25-30 personas Sesiones: - Felicidad y emociones positivas - Humor - Saboreo - Relaciones positivas - Fortalezas personales - Escucha y empatía - Amabilidad y perdón - Gratitud	-Satisfacción Vital (SLSS y MSLSS) -Afectos positivos y negativos (PANAS-C)	Basado en la definición de la OMS de salud (completo estado de bienestar), se dirige a mejorar el bienestar subjetivo (auto-evaluación y evaluación de la vida de uno mismo tanto cognitiva y afectivamente positivas)
17. Chaves et al. (2016)	Mujeres con depresión mayor o distimia G. E. = 34 G. C. = 39	Duración: 10 sesiones (2 horas) Grupo: máx 15 personas Sesiones: - Emociones positivas - Saboreo - Regulación emocional - Gratitud - Optimismo - Relaciones positivas - Amabilidad - Auto-compasión - Fortalezas personales - Sentido y propósito en la vida - Objetivos vitales - Resiliencia	-Depresión (BDI-II) -Pensamientos automáticos (ATQ) -Rumiación (RRS) -Supresión pensamientos (WBSI) -Afectos positivos y negativos (PANAS) -Ansiedad (BAI) -Respuestas a afectos pos (RPA) -Regulación emocional (DERS) -Funcionamiento comportamental (BIS/BAS) -Bienestar general (PHI) -Bienestar psicológico (PWBS) -Satisfacción vital (SWLS) -Optimismo (LOT-R) -Orientación al disfrute (EOS)	Salud mental positiva como optimismo y sensación general de bienestar. Necesidad de incluir el funcionamiento positivo: Modelo de Seis Dimensiones de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989): - Auto-aceptación - Relaciones positivas - Autonomía - Dominio del entorno - Propósito en la vida - Crecimiento personal
18. Dowlatabadi et al. (2016)	Pacientes con cáncer de mama G. E. = 16 G. C. = 17	Duración: 10 sesiones (1.5 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Optimismo - Auto-biografía - Respuesta activa	-Depresión (BDI-II) -Felicidad (OHI)	Modelo no especificado.

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
19. Guo et al. (2016)	Estudiantes universitarios de enfermería G.E. = 42 G.C. = 43	Duración: 8 sesiones (1.5 horas) Grupo: 10-12 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Emociones positivas - Gratitud - Saboreo - Respuesta activa - Resumen de vida - Servicio positivo	-Depresión (BDI-II) -Auto-eficacia (GSS)	Modelo de Seligman (2006) sobre la felicidad dividida en tres componentes: - Emociones positivas (vida placentera) - Compromiso con la vida - Vida con sentido
20. Sanjuán et al. (2016)	Pacientes cardiovasculares G. E. = 50 G. C. = 43	Duración: 8 sesiones (1 hora) Grupo: 5-8 personas Sesiones: - Emociones positivas - Gratitud - Amabilidad	-Depresión (SCL-90) -Cinismo (CM-HS) -Afectos positivos y negativos (PANAS) -Capacidad funcional	Modelo no especificado
21. Shoshani et al. (2016)	Estudiantes pre-adolescentes G. E. = 1262 G. C. = 1255	Duración: 15 sesiones (1.5 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Emociones positivas - Gratitud - Relaciones positivas - Apoyo Social - Compasión y amabilidad - Tolerancia y escucha activa - Fortalezas personales - Objetivos Vitales - Auto-aceptación	-Satisfacción Vital (SWLS) -Afecto positivo (PANAS) -Relaciones con iguales (CPRG) -Adherencia a la escuela (NCSE) -Logros académicos (GPA)	Modelo PERMA de Seligman (2011): - Emociones positivas - Compromiso - Relaciones positivas - Sentido y significado - Logros
22. Baek y Kang (2017)	Estudiantes escolares G.E. = 24 G.C. = 24	Duración: 10 sesiones (80 minutos) Grupo: sin especificar Sesiones: - Fortalezas personales - Auto-conciencia - Gratitud - Relaciones positivas - Optimismo - Esperanza - Perdón - Emociones positivas	-Felicidad (Kang Young-Ha Scale)	Modelo no especificado

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
23. Cantarella et al. (2017)	Adultos mayores G. E. = 16 G. C. = 16	Duración: 6 sesiones (40 minutos-1.5 horas) Grupo: 8 personas Sesiones: - Emociones positivas - Objetivos vitales - Resolución de conflictos - Asertividad - Expresión de emociones - Asertividad - Fortalezas personales - Gratitud	-Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF) -Escucha (LST)	Modelo eudaimónico de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989): desarrollarse como persona, sentirse completo y contribuir a la comunidad. Para ello la intervención debería centrarse en: - Estrategias de afrontamientos - Resiliencia - Optimismo - Regulación emocional - Auto-eficacia Otras características que potencien el florecimiento (Keyes)
11. Friedman et al. (2017)	Adultos mayores G. E. = 103	Duración: 8 sesiones (1.5 horas) Grupo: 12-15 personas Sesiones: - Recuerdos positivos - Revisión de vida - Reestructuración - Dominios del bienestar	-Bienestar psicológico (PWBS) -Integración social (SWBS) -Síntomas ansiedad, depresión, somáticos y hostilidad (KSQ)	Modelo eudaimónico del bienestar: sentirse bien (satisfacción y afecto) y funcionar bien (modelo de Ryff, 1989).
24. Roth et al. (2017)	Niños G.E. = 21 G.C. = 21	Duración: 10 sesiones (50 minutos) Grupo: 7 personas Sesiones: - Gratitud - Fortalezas personales - Amabilidad - Experiencias positivas - Optimismo - Objetivos vitales - Esperanza - Saboreo	-Satisfacción vital (BMSLSS) -Afectos positivos y negativos (PANAS) -Problemas internalizantes, externalizantes y de atención (BPM-Y)	Salud mental como combinación de pocos síntomas patológicos y altos niveles de bienestar subjetivo. Modelo de Felicidad Sostenible de Lyubomirsky tres elementos sobre felicidad - Línea base - Circunstancias vitales - Actividades intencionales
25. Freire et al. (2018)	Adolescentes G.E. = 74 G.C. = 25	Duración: 8 sesiones (1.5 horas) Grupo: 13 personas Sesiones: - Emociones positivas - Experiencias positivas - Fortalezas personales - Desarrollo personal - Objetivos Vitales	-Auto-concepto (PH-CSCS) -Autoestima (RSES) -Bienestar Psicológico (PWS-A) -Satisfacción Vital (SWLS)	Modelo de las "Cinco Grandes C's": - Competencia (visión positiva de uno mismo) - Confianza (sentido de auto-eficacia) - Conexión (con otras personas e instituciones) - Carácter (respecto por las reglas sociales, culturales, morales...) - Compasión (empatía hacia los demás)

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
26. Kraiss et al. (2018)	Adultos con trastorno bipolar (propuesta teórica)	Duración: 8 sesiones Grupo: sin especificar Sesiones: - Compasión - Objetivos vitales - Optimismo - Emociones positivas - Afrontamiento - Fortalezas personales - Relaciones positivas	- Severidad de la enfermedad (CGI-BP) - Salud Mental (MHC-SF) - Recuperación (QPR) - Participación Social (SRPQ) - Síntomas depresivos (QIDS-SR) - Síntomas maníacos (ASRM) - Síntomas ansiosos (HADS-A) - Afectos positivos (PANAS y RPA) - Auto-compasión (SCS-SF) - Relaciones positivas (PWBS) - Calidad de vida (EQ-5D-5L) - Recaídas (entrevista)	Modelo de Seligman (2006) sobre la felicidad dividida en tres componentes y Modelo de Seis Dimensiones de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989).
27. Pintado et al. (2018)	Estudiantes universitarios G.E. = 19 G.C. = 26	Duración: 8 sesiones (30 minutos) Grupo: sin especificar Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Pensamientos positivos - Atención plena - Optimismo y visión positiva - Asertividad - Auto-compasión	- Fortalezas (VIA-IS) - Satisfacción Vital (SWLS) - Afectos positivos y negativos (PANAS) - Depresión (CES-D) - Ansiedad (BAI)	Modelo no especificado
28. Bartholomaeus et al. (2019)	E1: adultos mayores G. E. = 29 G. C. = 29 E2: adultos mayores cuidadores G. E. = 34 G. C. = 34	Duración: 8 sesiones (1.5-2 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Mindfulness - Resolución de conflictos - Objetivos vitales	- Bienestar (PERMA Profiler-23) - Resiliencia (BRS) - Optimismo (LOT-R) - Aislamiento social (LS)	Modelo PERMA de Seligman (2011): - Emociones positivas - Compromiso - Relaciones positivas - Sentido y significado - Logros
29. Durgante y Dell'Aglio (2019)	Adultos mayores G.E. = 65 G.C. = 34	Duración: 6 sesiones (2 horas) Grupo: 5-15 personas Sesiones: - Auto-cuidado - Optimismo - Empatía - Gratitud - Perdón - Sentido y significado	- Reactividad interpersonal (IRI) - Salud (GHQ-12) - Orientación Vital (LOT-R) - Estrés (PSS) - Resiliencia (RS)	Modelo no especificado (referencia a potenciar aspectos positivos como factor de protección frente a enfermedades) Intervención basada en CBT y principios de la psicología positiva.

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
30. Hendriks, Schotanus-Dijkstra et al. (2019)	Adultos trabajadores G.E. = 80 G.C. = 78	Duración: 6 sesiones (2-3 horas) Grupo: sin especificar Sesiones: - Gratitud - Positivismo - Fortalezas personales - Objetivos vitales - Pensamientos positivos - Perdón y espiritualidad	-Resiliencia (RS-nl) -Salud Mental (MHC-SF) -Depresión, ansiedad y estrés (DASS) -Flexibilidad psicológica (PFQ)	Modelo de Factor-Dual para la Salud Mental y Modelo Keyes (2007) dos continuos: El bienestar subjetivo y la psicopatología forman el concepto de salud mental y pueden darse al mismo tiempo.
31. Vela et al. (2019)	Adolescentes con necesidades de atención psicológica G.E. = 67 G.C. = --	Duración: 7 sesiones (50 minutos) Grupo: sin especificar Sesiones: - Felicidad - Gratitud - Fortalezas personales - Personalidad - Esperanza - Arte	-Resiliencia (BRS) -Recuperación (RAS) -Síntomas depresivos (CES-D)	Modelo de Factor-Dual para la Salud Mental El bienestar subjetivo y la psicopatología forman el concepto de salud mental.
32. Appiah et al. (2020)	Adultos rurales G.E. = 40 G.C. = 42	Duración: 10 sesiones (2 horas) Grupo: 10 personas Sesiones: - Auto-aceptación - Compasión y amabilidad - Relaciones positivas - Sentido y significado - Resiliencia	-Salud Mental (MHC-SF) -Afectos positivos (AFM-2) -Pensamientos automáticos (ATQ-22) -Auto-eficacia (GSS) -Salud (PHQ-9) -Satisfacción Vital (SWLS)	Modelo Keyes (2002, 2005): florecimiento
33. Platt et al. (2020)	Adolescentes E ₁ G.E. = 90 E ₂ G.E. = 1054	Duración E ₁ : 8 sesiones (1 hora) Duración E ₂ : 6 sesiones (1 hora) Grupo: sin especificar Sesiones: - Felicidad y bienestar - Resiliencia - Crecimiento personal - Fortalezas personales - Esperanza - Gratitud	-Bienestar (WHO-5) -Determinación (GS) -Tenacidad académica (BUSS) -Esperanza (CHS)	Modelo de Salud de Champion et al. (2012): diferenciación entre salud mental y patología mental. La ausencia de una no implica la presencia de la otra. Basado en la eficacia de las Intervenciones basadas en la Psicología Positiva
34. Amonoo et al. (2021)	Pacientes con trasplantes G. E. = 12	Duración: 8 sesiones (20 minutos) Grupo: sin especificar Sesiones: - Gratitud - Fortalezas personales - Sentido y significado	-Optimismo (LOT-R) -Afecto positivo (PANAS) -Ansiedad y depresión (HADS-A/HADS-D) -Calidad de Vida (FACT-BMT) -Funciones generales (PROMIS-PF-20) -Fatiga (PROMIS-fatigue)	Modelo no especificado

Tabla 3.1:

Artículos incluidos en la revisión de intervenciones de psicología positiva grupales multicomponente (Continuación).

Autores y año	Muestra	Intervención	Variables evaluadas/ instrumentos utilizados	Modelo de salud mental/intervención
35. Kulbaş y Özabacı, (2021)	Madres de niños con discapacidad G.E. = 12 G.P. = 11 G.C. = 12	Duración: 10 sesiones (1-1,5 horas) Grupo: 12 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Emociones - Auto-compasión - Relaciones positivas - Gratitud - Optimismo - Esperanza	-Bienestar Psicológico (PWBS) -Auto-compasión (SCS) -Esperanza (DHS) -Entrevista semiestructurada	Modelo de Seis Dimensiones de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989): - Auto-aceptación - Relaciones positivas - Autonomía - Dominio del entorno - Propósito en la vida - Crecimiento personal
36. Naples y Tuckwiller (2021)	Niños neurodivergentes G.E. = 10 G.C. = 12	Duración: 6 sesiones (30 minutos) Grupo: 10 personas Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Optimismo - Persistencia - Relaciones positivas	-Covitalidad (SEHS-P) -Funciones ejecutivas (BRIEF-2)	Modelo de Factor-Dual para la Salud Mental: El bienestar subjetivo y la psicopatología forman el concepto de salud mental.
37. Tejada-Gallardo et al. (2022)	Adolescentes G.E. = 85 G.C. = 135	Duración: 6 sesiones (1 hora) Grupo: sin especificar Sesiones: - Fortalezas personales - Gratitud - Optimismo - Emociones - Objetivos vitales	-Salud Mental (MHC-SF) - Depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	Modelo de Factor-Dual para la Salud Mental: El bienestar subjetivo y la psicopatología forman el concepto de salud mental.

Al igual que han observado las revisiones sistemáticas ya publicadas, los resultados parecen confirmar que las intervenciones multicomponente basadas en psicología positiva y llevadas a cabo en formato grupal son efectivas a la hora de mejorar los niveles de bienestar de diversas poblaciones (tanto clínicas como no clínicas) y reducir la sintomatología de depresión y ansiedad.

Del mismo modo, se ha observado que la mayoría de las intervenciones se han llevado a cabo en población infanto-juvenil, o estudiantes universitarios. Estas poblaciones parecen beneficiarse de la aplicación grupal de intervenciones de este estilo. Sin embargo, muy pocas intervenciones son adaptadas para otro tipo de poblaciones, como población adulta, clínica, o mayor (Durgante & Dell'Aglio, 2019; Kraiss et al., 2018).

Por otro lado, y revisando la justificación teórica que presentan, ésta permite observar que una gran mayoría de las intervenciones se sustentan en un modelo de salud pobre, llegando incluso a ser inexistente en algunos de los estudios. Tan solo el 27% de los estudios revisados argumentan e identifican los componentes y/o actividades de la intervención con los componentes que fundamentan el modelo de salud del que parten. El rápido auge de la psicología positiva y su aplicación práctica en los últimos años ha hecho que muchas de las actividades se lleven a cabo únicamente como réplica de otros estudios que han utilizado técnicas similares y que han visto un efecto positivo en las variables de bienestar.

Se consideran como intervenciones en psicología positiva aquellas enfocadas en aumentar las emociones, cogniciones o actitudes positivas, en su mayoría mediante la utilización de estrategias que cuentan con evidencias empíricas acerca de su efectividad. Sin embargo, pocos estudios justifican la selección de actividades y estrategias en función de su efecto en las variables concretas de la salud y, las que lo hacen, incluyen por lo general una visión hedónica del bienestar (satisfacción y afecto positivo). Son pocos los planteamientos que ahondan en el funcionamiento

positivo de las personas además de su percepción subjetiva, si bien algunos estudios han incluido el funcionamiento psicológico de Ryff como variables objetivo de su intervención. Un único estudio recogido en la revisión (Appiah et al., 2020) ha incluido el papel del bienestar social en la salud mental de los participantes, encontrando importantes mejoras en este tras la participación.

La falta de una justificación para la selección, aplicación y utilización de las herramientas que ofrece la psicología positiva plantea un vacío en la fundamentación de estas intervenciones. La necesidad de crear una base teórica sobre la cual se sustente el diseño de la intervención y la selección de temáticas y herramientas, así como la potenciación de todas las áreas de bienestar, es una laguna que se ha encontrado en la literatura actual. Las intervenciones aplicadas hasta el momento se han sustentado más en una base empírica previa, que en un planteamiento teórico sobre cuáles son las variables que operativizan la salud, y cuáles son las actividades y estrategias que las desarrollan y fortalecen. Incluso en aquellos estudios donde se ha definido la salud de una forma más concreta, el modelo seleccionado no abarca todas las dimensiones de bienestar descritas por la Organización Mundial de la Salud. En futuros estudios, por lo tanto, sería deseable, por ser primordial, desarrollar una intervención que recoja un modelo de salud completo, y que construya las sesiones y seleccione las herramientas que se utilizarán en la intervención desde la evidencia de que están dirigidas a mejorar una de las áreas que compongan este modelo de salud mental, de forma que el total de la intervención cubra todas las dimensiones del bienestar que componen la salud mental.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

La historia de las intervenciones psicológicas ha puesto siempre su foco en la evitación o disminución de los factores de riesgo y la sintomatología con el fin de tratar la psicopatología. Las recientes intervenciones que han tratado de cultivar y promover la salud mental carecen, en la mayoría de los casos, de una base teórica sólida sobre la que sustentarse, o se centran únicamente en algunos aspectos de la salud mental, dejando de lado otras áreas. El objetivo principal de la presente tesis doctoral consiste en valorar la implementabilidad, eficacia y efectividad de una intervención psicológica grupal destinada a mejorar la salud mental positiva, sustentada en el cultivo del bienestar hedónico, eudaimónico y social (Gorbeña, 2021).

Para lograr el objetivo principal de esta tesis, se plantean tres estudios que contienen sus propios objetivos e hipótesis específicos:

4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS ESTUDIO 1

- Objetivo: realización de un estudio piloto para evaluar la implementabilidad de la intervención diseñada.
- Hipótesis 1: los participantes en la intervención mostrarán un mayor nivel de bienestar subjetivo, psicológico y social, y por tanto un nivel de salud mental positiva mayor, al finalizar la intervención.
- Hipótesis 2: seis meses después de la realización de la intervención, los niveles de salud mental positiva de los participantes en la intervención seguirán siendo significativamente más altos que en su línea base.

4.3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS ESTUDIO 2

- Objetivo:** evaluar la eficacia de la intervención como factor de protección y promoción frente a una situación de adversidad y estrés como la pandemia mundial derivada de la COVID19 y contrastar sus efectos con participantes previos a la pandemia.
- Hipótesis 1:** se espera que el grupo de participantes en la intervención durante el periodo de cuarentena COVID aumente sus niveles de salud mental positiva significativamente más que el grupo control durante el mismo periodo.
- Hipótesis 2:** al mismo tiempo, se espera que este mismo grupo de participantes durante la COVID disminuya sus niveles de sintomatología negativa significativamente más que el grupo control en el mismo periodo.
- Hipótesis 3:** se espera que el incremento en salud mental del grupo de participantes que realice la intervención durante la cuarentena de la COVID sea menor que aquellos que la realizaron pre-COVID.
- Hipótesis 4:** el grupo control COVID sufrirá un decrecimiento significativo en sus niveles de salud mental tras el periodo de estudio.
- Hipótesis 5:** por último, también se espera que el grupo control COVID aumente significativamente sus niveles de malestar emocional durante el periodo de estudio.

4.4 OBJETIVOS E HIPÓTESIS ESTUDIO 3

Objetivo: adaptar y comprobar la efectividad de la intervención diseñada en una población de adultos mayores.

Hipótesis 1: los participantes en la intervención mostrarán un mayor nivel de bienestar subjetivo, psicológico y social, y por tanto un nivel de salud mental positiva mayor, al finalizar la intervención, que aquellos que forman el grupo control durante el mismo periodo.

Hipótesis 2: del mismo modo, los participantes en la intervención mostrarán al finalizar la misma una mayor reducción en sintomatología negativa y malestar emocional que el grupo control durante el mismo periodo.

5. MÉTODO GENERAL

5.1 DISEÑO

Para dar respuesta a los objetivos propuestos en la presente tesis, se llevaron a cabo tres estudios de intervención con diseño pre-post facto (Campbell & Stanley, 1966; Kazdin, 1992). El primero plantea un estudio pre-experimental piloto para valorar la implementabilidad y efectividad de la intervención (n= 56). El segundo estudio plantea la evaluación de la eficacia de la intervención durante el periodo de pandemia, con un diseño cuasi-experimental pre-post facto con grupo control equivalente (n= 151). El tercero evalúa la capacidad de transferencia de la intervención a una población diferente con un diseño cuasi-experimental pre-post facto con grupo control no equivalente (n= 58).

5.2 LA INTERVENCIÓN

La presente intervención ha sido diseñada por Gorbeña (2021). A continuación, se describen los aspectos fundamentales de la aplicación y el protocolo de la misma.

5.2.1 *Objetivo y fundamentación*

La construcción del concepto de salud mental como algo diferente de la mera ausencia de enfermedad mental ha dado lugar en los últimos años a un auge de intervenciones psicológicas destinadas a promover el bienestar y desarrollo de las personas.

Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a) propone en su modelo de florecimiento, que la salud mental positiva estaría compuesta por una combinación de bienestar hedónico (subjetivo) y eudaimónico (psicológico y social). Sin embargo, si bien algunas intervenciones han combinado el bienestar subjetivo y psicológico, hasta la fecha sólo se ha identificado un trabajo que aborde la necesidad de incluir las tres dimensiones (Botella et al., 2012). En este marco, el objetivo de la

presente intervención consiste en cultivar el bienestar desde el marco teórico de Corey L. Keyes, es decir, la salud mental positiva y el florecimiento con sus tres dimensiones.

El principal reto de la intervención consiste en cultivar el bienestar social, dada la escasez de trabajos realizados al respecto. Para ello, se han considerado ciertas estrategias propuestas por Lyubomirsky y Layous (2013): 1) el formato grupal de la aplicación de la intervención, con grupos de entre ocho y doce personas, fomenta el modelaje y aprendizaje vicario (Bandura, 1984), además de las relaciones positivas; 2) el énfasis en la diversidad social; 3) el fomento de actividades que aumenten la interacción social y las relaciones interpersonales de calidad; 4) la incorporación en las actividades de gratitud del agradecimiento a la sociedad; y 5) de la realidad macro-social de la que formamos parte; y 6) de otras actividades propuestas que, en función del enfoque de los participantes, podrían promover el bienestar social.

En cuanto a la forma de trabajar estos aspectos del bienestar, estudios previos han mostrado dos posibles aproximaciones: una centrada en trabajar con los procesos psicológicos asociados al bienestar (como las teorías implícitas o la percepción personal), y otra centrada en la práctica de actividades positivas destinadas a generar bienestar (Layous et al., 2013). Lyubomirsky y Layous (2013) destacan además la importancia del ajuste persona-actividad, y la importancia de que las personas puedan elegir actividades que se ajusten lo máximo posible a su personalidad. Por ello, la presente intervención se centra en la realización de diferentes actividades que contribuirían a la creación de emociones, cogniciones y conductas que promueven el bienestar (Parks & Biswas-Diener, 2013), y que a su vez sirven como herramientas psico-educativas para los participantes.

La intervención se ha construido sobre los principios de la psicología humanista y las recomendaciones de Worth (2017) sobre las intervenciones positivas. Se destaca sobre todo la importancia del concepto de tendencia a la actualización de Rogers (1961) sobre la capacidad de

toda persona para alcanzar su máximo desarrollo, y la importancia de la figura del conductor, tanto en la creación de una relación de ayuda para el crecimiento personal basadas en la empatía, la congruencia y la consideración positiva incondicional (Rogers, 1961) como en el papel del modelado, el uso del self, las expectativas y las creencias sobre el bienestar del conductor (Worth, 2017).

Todo ello da como resultado una intervención psicológica grupal basada en la teoría y en la evidencia, diseñada para cultivar el desarrollo personal y la salud mental positiva, que utiliza una variedad de estrategias psicoeducativas, experienciales y grupales, así como actividades terapéuticas (Gorbeña, 2021).

5.2.2 Selección de participantes

La intervención está orientada a jóvenes adultos. Los únicos requisitos de inclusión que se consideran indispensables para la participación en la intervención son la disponibilidad de tiempo; el compromiso para la asistencia y seguimiento de la intervención, y la motivación personal. Asimismo, todos los participantes deben firmar un consentimiento informado previo al inicio de la intervención.

5.2.3 Evaluación

Para evaluar el impacto de la intervención en los participantes, se debe recoger información al inicio del programa y tras finalizar éste. Se recomienda también realizar un seguimiento al de seis meses y un año de la finalización del mismo.

El cuestionario debe contar con una hoja informativa previa, y una copia por duplicado del consentimiento informado que todos los participantes deben firmar.

Se recomienda recoger información de los tres apartados descritos a continuación. En los estudios realizados en esta tesis, sección *Instrumentos*, se pueden ver los cuestionarios seleccionados en la presente aplicación (Est-1: pp. 114-134; Est-2: pp. 135-155; Est-3: pp. 156-173).

1. Cuestiones sociodemográficas: apartado para recoger información básica del participante, como sexo, edad, residencia, ocupaciones actuales (estudios, extraescolares, trabajo...) e información sobre su salud (valoración subjetiva y existencia de alguna enfermedad y/o discapacidad previa).
2. Bienestar: este apartado debe contar con tres medidas: bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social.
3. Malestar psicológico o trastorno mental: recoger una variable que permita medir la presencia de sintomatología negativa, como puede ser estrés, ansiedad o depresión.

5.2.4 El Programa

La presente intervención tiene una estructura de ocho sesiones, y cada sesión tiene una duración aproximada de noventa minutos.

Se contemplan dos escenarios posibles para la aplicación de la intervención: el primero de ellos consiste en una intervención psicológica dirigida a jóvenes universitarios; mientras que el segundo se trata de una modalidad de aprendizaje experiencial en el aula. La intervención tiene una aplicación grupal, recomendándose entre ocho y doce participantes en cada grupo. Sin embargo, en función de las necesidades de cada aplicación, pueden realizarse ciertas adaptaciones. En el caso del aprendizaje experiencial, donde las aulas cuentan con un número mayor de alumnos, se plantea una dinámica en la que se combinan actividades generales (como el visionado de algunos materiales) con el total del grupo (llamado *Grupo Grande*), mientras que las actividades que

incluyen apertura personal se realizan en un sub-grupo pequeño asignado (llamado *Grupo Pequeño*).

Las ocho sesiones de la intervención siguen una misma estructura. Se comienza consolidando el aprendizaje de la sesión previa mediante el repaso de la práctica semanal. En esta sección de la sesión se validan las experiencias y el trabajo personal de cada participante durante la semana en la temática explorada previamente. Las prácticas semanales son fundamentales para que el participante interiorice y desarrolle de forma individual el aprendizaje en cada nueva área, mientras que el compartir la experiencia con los compañeros enriquece y valida el trabajo de cada uno. A continuación, se presenta una nueva área de trabajo mediante la propuesta de actividades, debates, y los diferentes materiales utilizados. Finalmente, se asigna una nueva práctica semanal que servirá para afianzar el aprendizaje del nuevo tema.

Las temáticas y actividades de las sesiones han sido seleccionadas siguiendo las áreas de bienestar planteadas por Corey L. Keyes. Cada sesión está destinada a trabajar diferentes áreas, con la finalidad de lograr un equilibrio que permita trabajar bienestar subjetivo, psicológico y social. En la Tabla 5.1 (p. 109), al final de la descripción de las sesiones, se puede ver una síntesis en la que se expone qué áreas del bienestar se conjetura que se trabajan en cada sesión.

5.2.4.1 *Sesión 1 – Bienestar*

La primera sesión, o sesión de bienvenida, se plantea como la toma de contacto de los participantes con el que será su grupo durante toda la intervención. Previo a esta sesión, será necesario que los participantes cumplieren la línea base. Esta sesión se enfoca en exponer las características de la intervención, así como empezar a trabajar la cohesión grupal.

Las actividades que se realizan durante la sesión son:

- presentar a los participantes y conductores y crear el grupo,
- presentar las condiciones, compromisos y metodologías básicas de la intervención,
- explorar las ideas propias sobre el bienestar, crecimiento personal y felicidad antes de realizar la intervención,
- debatir las diferentes visiones del bienestar y la felicidad en la sociedad mediante el documental *Human* (Arthus-Bertrand, 2015).

Finalmente, se plantea la primera práctica semanal. En este caso, se trata de una actividad llamada “*Para muestra, un botón*”, en la que se invita a los participantes a identificar durante la semana una fuente de bienestar en su vida en función de las definiciones debatidas en la sesión.

Durante la sesión, se exploran las definiciones de bienestar de los participantes y se enlazan con la teoría de la salud mental positiva de Keyes. Se genera una reflexión en los participantes sobre los elementos de su vida que contribuyen a cada área, por lo que todas las áreas de bienestar subjetivo, psicológico y social son exploradas y trabajadas durante la sesión.

5.2.4.2 Sesión 2 – Emociones

La temática de la segunda sesión gira en torno a las emociones, y más concretamente las emociones positivas: cuál es su función y cómo cultivarlas.

Se plantean las emociones positivas, su importancia y su funcionalidad siguiendo la teoría de Barbara Fredrickson (1998, 2013). El contenido de la sesión se basa en los tres bloques de funcionalidades de las emociones positivas: 1) ampliación de la mente; 2) construcción de recursos, 3) y antídoto para el estrés.

Se trabajan también las estrategias para cultivar las emociones positivas en el día a día desde dos perspectivas diferentes: la reducción de la negatividad cuando es posible y adecuado (e. g. evitar la rumia cognitiva, ser consciente del entorno, aplicar la lógica...) y aumento de lo positivo (e. g. buscar lo positivo, ser conscientes de las cosas buenas, regodearse, dotar a las cosas de significado...) (Lyubomirsky, 2007).

Las actividades desarrolladas durante la sesión para cubrir los objetivos son las siguientes:

- consolidar el trabajo de la sesión anterior sobre el bienestar compartiendo la práctica semanal, y validar la experiencia y trabajo de cada participante,
- conocer e identificar las emociones positivas,
- tomar conciencia de la importancia de las emociones positivas y de sus funcionalidades,
- aprender las técnicas para potenciar y cultivar las emociones positivas.

Finalmente, como práctica semanal, se plantea la actividad de Seligman y colaboradores (2005) llamada "*Tres Cosas Buenas*". Se invita a los participantes a buscar al final de cada día durante la semana, al menos tres cosas que les hayan hecho sentir bien durante en día y que identifiquen la emoción positiva que les ha provocado. El último día se realiza un repaso de todas las actividades que han provocado emociones positivas durante la semana para analizar cómo les hace sentir, y si existe un elemento que se repita.

Se considera que las actividades realizadas durante esta sesión ayudan a potenciar las siguientes áreas del bienestar:

- satisfacción vital y emociones positivas (identificar las emociones positivas y los factores que la potencian),

- auto-aceptación (integrar las emociones positivas que se sienten y reconocer las estrategias propias para potenciarlas),
- crecimiento personal (aprender nuevas estrategias y formas de potenciar las mismas).

Algunas áreas pueden potenciarse en función de la selección de actividades de los participantes. En este caso, la selección de cosas buenas que les han pasado durante la semana podrían estar relacionadas con las relaciones positivas, la autonomía o la contribución social entre otros.

5.2.4.3 Sesión 3 – Agradecimiento

En la tercera sesión de la intervención se abre el debate sobre el agradecimiento. La gratitud ha demostrado ser una importante fuente de bienestar tanto psicológica como físicamente (Emmons & Stern, 2013), y se han generado muchas intervenciones para cultivarlo (Emmons & McCullough, 2003; Lyubomirsky et al., 2011; Seligman et al., 2005).

Los autores Emmons y Stern (2013) plantean la diferenciación entre el agradecimiento mundano y trascendental. En el caso de agradecimiento mundano, incluye el reconocimiento de haber recibido un beneficio personal sin buscarlo, derivado de otra persona. El trascendental incluye un agradecimiento más abstracto, como en las tradiciones religiosas o el agradecimiento a la vida. Para incluir la dimensión de bienestar social, se enfoca este último como un agradecimiento a la sociedad actual en la que vivimos. Para ello, la herramienta utilizada será la visualización del documental de Michael Moore (2015) llamado '*¿Qué invadimos ahora?*' en el que se resaltan las cualidades positivas de diferentes países europeos y sus sociedades. Mediante esta visualización se fomenta la identificación de aspectos positivos de la sociedad, y el reconocimiento y agradecimiento a generaciones anteriores que han promovido los derechos

con los que se cuenta en la actualidad. Por cuestiones de tiempo, durante la sesión se realiza un visionado de la primera parte del documental.

Las actividades desarrolladas durante la tercera sesión son las siguientes:

- consolidar el aprendizaje sobre las emociones positivas compartiendo la práctica semanal y la experiencia de cada participante,
- explorar la percepción propia sobre el agradecimiento,
- cultivar el agradecimiento a la sociedad mediante la visualización de la primera parte del documental de Michael Moore (2015) *¿Qué invadimos ahora?*,
- cultivar el agradecimiento personal identificando una persona que ha hecho algo positivo por lo cual no se le ha agradecido lo suficiente.

Como práctica semanal, se plantea la actividad para casa llamada “*Carta y visita de agradecimiento*”. Se trata de una actividad propuesta por Seligman et al. (2005). Se retoma la persona en la que los participantes han identificado durante la sesión, que ha hecho algo concreto y especial por ellos y a quien sienten que no han agradecido esto lo suficiente. Siguiendo la propuesta del autor, se invita a los participantes a escribir una carta dirigida a esa persona, y después quedar con ella cara a cara y leerle en alto la carta.

Se trata de una actividad que ha demostrado su efecto a largo plazo en la felicidad de las personas y que ayuda también a fortalecer las relaciones interpersonales (Kaczmarek et al., 2015; Seligman et al., 2005). De acuerdo con Lomas et al. (2014), esta actividad sería la que mostraría un mayor efecto en el nivel de felicidad de los participantes. Sin embargo, puede resultar difícil para muchos de los participantes. Escribir la carta sin la visita ha mostrado también efectos en el bienestar (Lyubomirsky et al., 2011).

Para seguir trabajando las dimensiones sociales del bienestar, se propone una segunda práctica para casa, en la que se invita a continuar viendo el documental de Michael Moore, e identificar un listado de cosas por las que pueden estar agradecidos a la sociedad.

Se considera que las actividades realizadas durante esta sesión ayudan a potenciar las siguientes áreas del bienestar:

- satisfacción vital y emociones positivas (expresando gratitud),
- auto-aceptación (identificar aspectos positivos de la propia vida),
- relaciones positivas (expresar agradecimiento a otra persona fortalece las relaciones interpersonales),
- dominio del entorno (ser consciente de las personas y cualidades de la sociedad de las que se puede disponer)
- crecimiento personal (recibir ayuda de los demás y ser conscientes de su valoración),
- aceptación social (comparar lo que ofrece cada sociedad y aceptar las diferencias humanas),
- integración social (afianzar el sentimiento de pertenencia a una sociedad y el apoyo derivado de la comunidad).

5.2.4.4 *Sesión 4 – Fortalezas Personales*

La cuarta sesión de la intervención se centra en la teoría sobre las fortalezas personales. Existen muchos estudios que relacionan el trabajo sobre las fortalezas personales con la satisfacción vital y el bienestar (Gillham et al., 2011; Wood et al., 2011). Del mismo modo, muchas intervenciones sobre las fortalezas se enfocan en ayudar a las personas a identificar, desarrollar y poner en juego sus puntos fuertes (Seligman et al., 2005). En este caso, se siguen las recomendaciones de un estudio realizado por Niemiec (2013) en el que se proponen tres

pasos: tomar conciencia de las fortalezas propias, explorarlas y aplicarlas. Se plantea que las fortalezas son rasgos de nuestra personalidad que podemos modificar y utilizar en nuestro favor.

Las actividades desarrolladas durante la cuarta sesión son las siguientes:

- consolidar el trabajo sobre el agradecimiento, compartiendo la anterior práctica semanal, la experiencia de cada participante con la carta y el agradecimiento a la sociedad identificado,
- tomar conciencia e identificar las fortalezas personales que los participantes poseen mediante el modelo teórico de 24 fortalezas desarrollado por Peterson y Seligman (2004), y el Cuestionario VIA (Azañedo et al., 2014),
- apreciar la diversidad de fortalezas y de formas de ponerlas en juego de los participantes, reflexionando sobre cómo se pueden utilizar las diferentes fortalezas en el día a día (hincapié en cómo contribuimos a la sociedad con nuestras fortalezas).

Finalmente, se plantea la práctica semanal denominada “*Mis fortalezas: en plena forma*”. Deben preguntar a tres personas diferentes de su entorno cuáles son las tres principales fortalezas que identifican en el participante. También se propone un ejercicio de auto-observación, en el que los participantes intenten evaluar durante su día a día en qué situaciones están usando sus fortalezas.

Se considera que las actividades realizadas durante esta sesión ayudan a potenciar las siguientes áreas del bienestar:

- satisfacción vital y emociones positivas (tomando conciencia de las fortalezas que se poseen),
- auto-aceptación (conocimiento personal e integración de los aspectos positivos),

- relaciones positivas (feedback de las personas significativas),
- dominio del entorno (ser consciente de los recursos personales disponibles),
- propósito vital (uso de las propias potencialidades),
- crecimiento personal (pensar en diferentes formas y situaciones de usar las fortalezas propias),
- contribución social (utilizar las fortalezas propias para contribuir al bien social).

En función de las fortalezas personales que cada persona identifique se pueden beneficiar otras áreas del bienestar, como serían la autonomía o la integración social.

5.2.4.5 *Sesión 5 – Sentido y Propósito*

Plantea la temática del sentido y propósito en la vida. Se trata de una temática central en el bienestar de las personas, siendo una de las sub-escalas de bienestar psicológico planteada por Carol Ryff (1989) e incluida en el modelo de Keyes (2002, 2007, 2013a). Se considera un proceso que se inicia en la adolescencia y que continúa durante toda la vida (Steger et al., 2009). Este proceso contribuye además al desarrollo como persona y a la creación de una identidad y unos objetivos vitales propios.

De acuerdo con el estudio de Steger (2009) se distinguen tres dimensiones del sentido de la vida: la coherencia (capacidad para comprender la vida y su sentido más allá de las actividades concretas); el propósito (establecer metas en la vida); y el significado (percepción de que merece la pena vivir la vida).

Diferentes estudios han identificado varias fuentes de sentido en la vida de las personas. Concretamente, un estudio de De Vogler y Ebersole (1980) identificó que las fuentes de sentido principales reconocidas por estudiantes eran las relaciones interpersonales, el servicio y el

crecimiento personal. Del mismo modo, estos autores identificaron en el estudio que cierto porcentaje de los estudiantes todavía no identifica el sentido de la vida.

Las actividades desarrolladas durante la quinta sesión son las siguientes:

- consolidar el trabajo con las fortalezas personales compartiendo la práctica semanal, y validando la experiencia personal de cada participante,
- reflexionar sobre el proceso de búsqueda del sentido y propósito de la vida mediante el modelo de las tres dimensiones propuesto por Steger (2009),
- tomar conciencia de la variedad de sentidos y propósitos que pueden existir, así como del proceso de evolución del sentido propio a lo largo de la vida, mediante la visualización del documental *Human*, una entrevista a un músico realizada por el periódico El País, y un video de un *youtuber* enumerando las fuentes de sentido en su vida (Arthus-Bertrand, 2015; El Canal de Korah, 2014; Trotta, 2019),
- debatir sobre las fuentes de sentido a través de un listado de frases de personajes célebres de la historia describiendo el sentido de la vida para ellos.

La práctica semanal se basa en una actividad llamada “*Fotos con sentido*”. Se trata de una actividad propuesta por Steger et al. (2013) en el que los participantes tomaron fotografías de las fuentes de sentido en su vida, identificando un total de 16 categorías (e. g. naturalezas, religión, trabajo, relaciones...). Encontraron que el hecho de sacar fotografías aumentaba la sensación de sentido en la vida, así como la satisfacción vital y los afectos positivos (Steger et al., 2014).

Siguiendo la propuesta de actividad del estudio, se pide a los participantes que saquen durante la semana un total de entre 5 y 7 fotografías que reflejen de forma visual diferentes fuentes de sentido en su vida. Se les invita también a acompañar a cada fotografía con una

reflexión escrita: un título, junto con una breve descripción de las características que hacen de eso una fuente de sentido o propósito.

Se considera que las actividades realizadas durante esta sesión ayudan a potenciar las siguientes áreas del bienestar:

- satisfacción vital y emociones positivas (identificar fuentes de sentido del entorno),
- auto-aceptación (conocer el propósito vital que se plantea en el futuro y las fuentes que forman el sentido de la vida),
- propósito vital (buscando las fuentes del mismo),
- crecimiento personal (identificando los propósitos a los que se quieren dirigir y cómo lograrlo),
- aceptación y actualización social (ser consciente de las diferentes fuentes de sentido en diferentes personas y sociedades).

La gran variedad de fuentes de sentido que puede identificar cada participante hace que otras muchas áreas del bienestar puedan verse potenciadas en cada una de las personas mediante la realización de esta práctica, como las relaciones positivas o la integración y contribución sociales.

5.2.4.6 *Sesión 6 – Sí mismo y mundo posible*

La sexta sesión de la intervención gira en torno a la actividad de *“Mi mejor yo posible* planteada por King (2001). Algunos trabajos han comprobado el efecto que tiene la escritura acerca de una versión futura de uno mismo sobre el optimismo, el afecto positivo, la satisfacción vital y el bienestar (Peters et al., 2010). King plantea esta actividad en base a la literatura previa sobre escribir acerca de experiencias traumáticas pasadas (Pennebaker, 1993) y la teoría sobre los sí mismos posibles de H. Markus (Markus & Nurius, 1986).

Esta actividad ayuda a visualizar los objetivos vitales que se quieren lograr en un plazo de unos años, aumentando la motivación y el conocimiento personal (King, 2001). Estudios previos han mostrado su eficacia en varias áreas del bienestar, como la satisfacción vital (Boehm et al., 2011), el afecto positivo (Sheldon & Lyubomirsky, 2006), o, como se ve en la revisión de Loveday et al. (2018), diferentes dimensiones psicológicas y sociales.

Con la finalidad de cultivar el bienestar social, se introduce la propuesta sobre el *Mejor mundo posible*. Se propone el proceso de imaginar y escribir la mejor versión posible del mundo en el que vivimos. Para ello, se parte de la base de los estudios de *Factfulness* planteados por H. Rosling y colaboradores (2018), un médico que recogió datos a nivel mundial de diferentes características del mundo (e. g. porcentaje de niñas escolarizadas en el mundo, especies el peligro de extinción, efectos del calentamiento global...). Los datos recogidos en el trabajo ofrecen una visión del mundo actual en el que vivimos. Asimismo, ofrece un estudio sobre cómo la visión que la mayoría de las personas tienen del estado del mundo tiende a ser más negativa que los datos objetivos y reales sobre el mismo. Esta comparación entre la percepción de la situación actual del planeta frente a la situación real se utiliza como punto de partida en la sesión para construir la escritura sobre el mejor mundo posible.

Las actividades desarrolladas durante la sexta sesión son las siguientes:

- consolidar el tema del sentido y propósito de la vida, compartiendo la experiencia personal con la práctica semanal,
- reflexionar sobre la importancia de cómo nos vemos a nosotros mismos,
- practicar los ejercicios de *Mejor yo posible* mediante un ejercicio de imaginación en la sesión (diez minutos imaginando su vida dentro de cinco o diez años en el ámbito personal y diez minutos escribiendo),

- evaluar cuánto conocemos del mundo que nos rodea y concienciar de la verdadera situación de éste mediante un cuestionario sobre el estado del mundo basado en el trabajo de Rosling et al. (2018).

La práctica semanal se basa la propuesta de King (2001) y se llama “*Mi mejor yo y mi mejor mundo*”. En este caso, se divide en dos apartados.

Por un lado, se les sugiere a los participantes que durante la semana repitan el ejercicio de imaginación realizado durante la sesión. Siguiendo las recomendaciones que hacen Peters et al. (2013) en su trabajo, se sugieren cuatro áreas en las que pueden imaginar los objetivos que querrían lograr en un periodo de cinco o diez años: la vida personal, profesional, relacional, y la salud. Una de las áreas será la trabajada en la sesión, y se plantea como práctica semanal realizar las otras tres.

En segundo lugar, se ofrece una actividad creada en base a esta propuesta, que sería el *Mejor mundo posible*. En esta ocasión se les pide a los participantes que, teniendo en cuenta la situación real actual del mundo, intenten imaginar en qué mundo les gustaría vivir en los próximos cinco o diez años. Como reflexión final se plantea cómo pueden ellos contribuir a la creación de este mundo en el que les gustaría vivir.

Se considera que las actividades realizadas durante esta sesión ayudan a potenciar las siguientes áreas del bienestar:

- satisfacción vital y emociones positivas (explorar objetivos vitales alcanzados hasta el momento),
- auto-aceptación y autonomía (identificar las diferentes versiones de sí mismos, integrarlas, y construir una visión del futuro),

- relaciones positivas (imaginar la mejor versión de las relaciones que se quiere lograr),
- dominio del entorno (identificar los recursos de los que se dispondrá en las mejores versiones de sí mismos),
- propósito vital (fijar objetivos en áreas vitales que quieren lograrse a medio plazo),
- crecimiento personal (desarrollar las habilidades necesarias para lograr los objetivos vitales planteados),
- contribución social (ser consciente de cómo nuestros objetivos vitales pueden contribuir a la mejor sociedad imaginada),
- actualización social (reconocer el camino que ha tomado la sociedad y sus mejoras e imaginar cómo continuarán aumentando en el futuro y los avances de la sociedad),
- coherencia social (entender la situación actual del mundo y de las diferentes realidades).

5.2.4.7 *Sesión 7 – Crecimiento Personal*

La anteúltima sesión plantea como tema principal el crecimiento personal, una de las dimensiones del bienestar psicológico planteadas por Carol Ryff (1989) y que forma parte del modelo de Keyes (2002, 2007, 2013a). Los autores Thoen y Robitschek (2012) propusieron una intervención para potenciar el crecimiento personal basado en el proceso de implicarse de manera intencional en este desarrollo, tanto a nivel cognitivo como conductual.

Se plantea la idea de que algunas formas de crecimiento personal pueden darse debido a situaciones ajenas a nosotros, como las circunstancias que nos rodean, mientras que otros pueden ser debido a nuestra intencionalidad y de forma consciente (Pinto et al., 2016; Robitschek, 1998).

Robitschek y Keyes (2009) concluyeron en su trabajo con universitarios que la Iniciativa de Crecimiento Persona (ICP), es decir, la búsqueda propositiva de un crecimiento, estaba relacionada con los tres niveles de bienestar (subjetivo, psicológico y social).

Las actividades desarrolladas durante la séptima sesión son las siguientes:

- consolidar el trabajo sobre los objetivos vitales y la mejor versión de sí mismos y del mundo compartiendo la anterior práctica semanal y la experiencia de cada participante,
- tomar conciencia sobre el crecimiento personal, así como de la importancia de nuestra iniciativa para llevarlo a cabo, repasando intentos anteriores para realizar algún cambio en su vida, algún crecimiento personal, o el logro de algún objetivo,
- evaluar el concepto de *zona de confort*: mediante la visualización de un vídeo (Matti Hemmi – inKNOWation, 2012) se explica lo que es la *zona de confort* y las dificultades asociadas a intentar salir de ella,
- evaluar las diferentes áreas de mejora que cada participante puede tener a nivel personal.

La última práctica semanal se llama “*Saliendo de mi zona de confort*”. Esta práctica se basa en el trabajo de Thoen y Robitschek (2013), que proponían una intervención para cultivar la ICP. Estos autores proponen dos tareas separadas, una cognitiva dirigida a comprender el proceso de crecimiento, y otra conductual basada en la planificación y ejecución de un cambio. En este caso, se les sugiere a los participantes que realicen durante la semana el proceso de planificación para empezar a cultivar una de las áreas u objetivos vitales que se habían propuesto en la práctica anterior (“*Mi mejor yo posible*”).

Basados en la teoría de Thoen y Robitschek (2012) se les propone a los participantes que sigan cuatro pasos: 1) estar predispuestos al cambio (elegir un área que realmente quieran empezar a trabajar y que se sientan preparados para ello); 2), planificar (basándose en los

resultados que han tenido otras veces, planificar la forma que ellos consideran más útil para alcanzar ese objetivo, dividiéndolo en pasos o sub-objetivos más pequeños); 3) uso de recursos externos (identificar qué recursos que pueden necesitar y cómo acceder a ellos); y 4) la conducta intencional (dar un primer paso hacia el objetivo planeado).

Esta práctica, siendo la última que se plantea en el taller, está orientada a plantear un reto a medio-largo plazo que los participantes podrán seguir desarrollando una vez terminen los encuentros del grupo.

Se considera que las actividades realizadas durante esta sesión ayudan a potenciar las siguientes áreas del bienestar:

- emociones positivas y satisfacción vital (conseguir realizar un cambio personal deseado),
- auto-aceptación y autonomía (identificar un aspecto de mejora, integrarlo, y desarrollar la auto-determinación y regulación necesarias para modificarlo),
- dominio del entorno (realizar una planificación, identificar los recursos y utilizarlos),
- propósito vital (realizar un cambio relacionado con la consecución de objetivos vitales deseados),
- crecimiento personal (luchar por el reto personal que se ha planteado y dar pasos para su consecución).

El reto personal que cada participante decide trabajar durante la semana puede variar ampliamente de una persona a otra. En función del reto planteado, se beneficiarán otras áreas como pueden ser la contribución social o las relaciones positivas entre otras.

5.2.4.8 Sesión 8 – *Recapitulación*

La última sesión de la intervención, se centra en la revisión de la última práctica semanal y la creación una atmósfera de cierre con el grupo, en la que los participantes puedan tomar conciencia de lo trabajado durante la intervención, compartir con los compañeros su experiencia personal y despedirse.

Las actividades desarrolladas durante la séptima sesión son las siguientes:

- consolidar el tema del crecimiento personal compartiendo la última práctica semanal y validando la experiencia de cada participante,
- tomar conciencia del trabajo que se ha realizado durante toda la intervención repasando los temas que se han tratado durante las sesiones,
- realizar una tarea final como grupo para despedirse (se propone un collage grupal que recoja el proceso del grupo durante la intervención),
- planificar la recogida del post-test.

Al tratarse de la última sesión, no se plantea una práctica semanal. Se les ofrece a los participantes la posibilidad de escribir una reflexión final sobre cómo ha sido el proceso para ellos. Se les facilitan algunas preguntas para trabajar sobre ello (e. g. *¿Qué ha sido lo que más me ha gustado?, ¿Qué me ha aportado el grupo?, ¿Qué puedo seguir trabajando por mi cuenta?...*). Se recalca la importancia que la reflexión y la recapitulación tiene para ellos mismos, pero también se les sugiere que, en la medida en la que quieran, entreguen una copia anónima de esta reflexión en el momento de entregar el post-test, para la evaluación cualitativa de diferentes aspectos del taller.

Tabla 5.1:*Temáticas de las sesiones y componentes que cultivan.*

Temática	Satisfacción vital	Emociones positivas	Auto-aceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio Entorno	Propósito vital	Crecimiento Personal	Integración Social	Aceptación Social	Contribución Social	Actualización Social	Coherencia Social
Bienestar	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Emociones	√	√	√	¿?	¿?		¿?	√			¿?		
Agradecimiento	√	√	√	√		√		√	√	√	¿?		
Fortalezas personales	√	√	√	√	¿?	√	√	√	¿?		√		
Sentido y Propósito	√	√	√				√	√	¿?	√	¿?	√	
Sí mismo y mundo posible	√	√	√	√	√	√	√	√			√	√	√
Crecimiento y Reto personal	√	√	√	¿?	√	√	√	√	¿?		¿?	¿?	

Nota: √ = áreas que se trabajan en la sesión; ¿? = áreas que pueden trabajarse en la sesión en función del trabajo personal del participante.

5.1.1 Formación y supervisión de conductores

Las personas destinadas a conducir la intervención con los grupos de participantes deben seguir un protocolo de formación experiencial con el fin de comprender los objetivos y la fundamentación de cada una de las sesiones planteadas en el programa. Los futuros conductores deben rellenar, antes de iniciar la formación, un documento de guarda de confidencialidad para profesionales.

La formación de conductores combina una experiencia teórica mediante la lectura de los capítulos y artículos relacionados con los objetivos de las sesiones, más una experiencia práctica de las actividades y ejercicios propuestos.

Las reuniones de formación se realizan de forma grupal, con sesiones semanales de aproximadamente dos horas de duración. En ellas se cuenta con personas con experiencia en la temática tratada, con el fin de dotar a los futuros conductores de los conocimientos necesarios para impartir la intervención.

Cada reunión se centra en una de las sesiones planteadas en el programa. Los futuros conductores deben recibir con antelación los materiales considerados fundamentales para la comprensión de la sesión, (e. g. artículos, capítulos...), y también el manual en el que se detallan los objetivos de la sesión, los tiempos previstos y un guion propuesto. Las sesiones de formación se basan en una revisión teórica de la literatura relacionada, una pre-visualización de los materiales que se exponen en la sesión, y el planteamiento de las prácticas semanales que los asistentes a la intervención deben realizar cada semana. La siguiente sesión se inicia compartiendo la experiencia de la realización de las tareas con el grupo, así como un análisis de las dificultades que se hayan podido encontrar con las actividades y que puedan servir como guía para mejorar la experiencia de los participantes, o para gestionar las dificultades reales a las que se pueda enfrentar el conductor cuando esté dirigiendo un grupo de intervención.

Una vez iniciado un grupo de intervención, tras cada sesión con los participantes se realiza una supervisión en grupo con los demás conductores. Se recomienda rellenar al finalizar cada sesión un *Diario de Sesión* con preguntas generales sobre las principales impresiones, ajuste de tiempos, problemáticas surgidas, o aspectos de mejora que puedan identificar durante la aplicación de las sesiones.

5.2 PROCEDIMIENTO

Para la aplicación de la intervención se tuvieron en cuenta dos posibles escenarios: la realización de la intervención como un taller voluntario extracurricular (parte de la población de universitarios), y la realización de la intervención como parte de un proceso académico de innovación docente (parte de la población de universitarios y colectivo de mayores).

En el caso del formato taller, se realizó un proceso de difusión desde el Campus universitario (DeustoCampus) por el cual se diseñaron carteles y folletos informativos que se colocaron en los tablones de anuncios de la universidad, en los puntos de información sobre actividades extracurriculares, y en las páginas web de la misma.

Los participantes recibieron la información sobre las características básicas del programa y realizaron la inscripción a través de un formulario electrónico. Para la aplicación de la intervención, se dividió a los participantes en grupos de mínimo ocho y máximo doce personas. Cada grupo fue guiado y supervisado por un único conductor del equipo de investigación que había recibido previamente la formación de la intervención. Se realizó un primer encuentro de evaluación, consentimiento y línea base; las ocho sesiones estructuradas para la intervención y un proceso de evaluación post-test.

En cuanto a la actividad curricular de innovación docente, los estudiantes recibieron la oferta mediante el programa de las asignaturas optativas del Grado en Psicología. Los participantes se

inscribieron mediante la selección de estas asignaturas optativas. La oferta al grupo de adultos mayores se realizó a través del programa DeustoBide de la universidad, encargado de la oferta de actividades a personas adultas. La oferta se realizó a mediante folletos informativos y correos electrónicos a aquellas personas que cursaban estudios en la universidad, o que los habían cursado previamente. El equipo de DeustoBide recogió las inscripciones de aquellos que querían tomar parte en la actividad.

Para la aplicación de este formato curricular, cada aula contaba con entre veinticuatro y cuarenta participantes. Se contó con la implicación de dos, tres o cuatro conductores (en función del tamaño del grupo) y se dividieron los participantes en grupos de entre ocho y doce personas que realizaban las actividades de forma simultánea, siguiendo la propuesta de dinámica de aprendizaje experiencial (combinación de *Grupo Grande* y *Grupo Pequeño*).

5.2.1 Consideraciones éticas

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de la Universidad de Deusto en dos ocasiones, tanto para la aplicación con estudiantes universitarios (Ref. ETK-8/18-19), como para su ampliación a otras poblaciones (Ref: ETK-16/20-21) y su realización y evaluación ha sido llevada a cabo en base a los principios ético de la Declaración de Helsinki sobre la investigación con humanos (ver Anexo 1, p. 243 y Anexo 2, p. 244).

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado en el que se exponían los objetivos de la investigación, así como las condiciones de voluntariedad, confidencialidad y anonimato, aceptando así participar en el estudio y dando permiso a la universidad para la utilización de los datos con fines de investigación.

La participación fue totalmente voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en el momento deseado sin ningún tipo de consecuencia para los participantes. Con el fin de preservar el

anonimato y la confidencialidad, las respuestas de los participantes fueron anonimizadas mediante la creación de un código numérico para cada sujeto. De esta forma se pudieron recoger datos pre-post, preservando la privacidad de cada persona.

La custodia de los datos corrió a cargo del equipo de investigación de la Universidad, y siguiendo los criterios de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre la protección de datos y serán conservados por un periodo de cinco años, tras los cuales se destruirán quedando únicamente las bases de datos anonimizadas para su explotación científica y de difusión de resultados.

5.2.2 *Análisis de datos*

Para comprobar las hipótesis planteadas en los objetivos de la presente tesis, se han llevado a cabo una serie de análisis estadísticos a través de la versión 22 del software SPSS (SPSS, 2013).

Cada uno de los estudios propuestos cuenta con sus propias hipótesis y, por lo tanto, se han realizado los análisis pertinentes para dar respuesta a las mismas. Se puede ver una descripción más detallada en la sección de *Metodología* concreta de cada estudio (Est-1: pp. 114-134; Est-2: pp. 135-155; Est-3: pp. 156-173).

6. DESIGN AND EVALUATION OF A POSITIVE INTERVENTION TO CULTIVATE MENTAL HEALTH: PRELIMINARY FINDINGS¹

¹ This manuscript has been published: Gorbeña, S., Govillard, L., Gómez, I., Sarrionandia, S., Macía, P., Penas, P. & Iraurgi, I. (2021). Design and evaluation of a positive intervention to cultivate mental health: preliminary findings. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(7), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00172-1>

6.1 ABSTRACT

Introduction: The past two decades have witnessed a proliferation of positive psychological interventions for clinical and nonclinical populations, and recent research, including meta-analyses, is providing evidence of its effectiveness. Most interventions have focused on increasing life satisfaction, positive affect, and psychological well-being. Manualized, multi-component interventions based on a comprehensive theory are scarce. Keyes' concept of mental health and flourishing (subjective, psychological, and social well-being) is an overarching theoretical framework to guide the design of a multi-component psychological intervention to cultivate well-being and personal development. Therefore, the purpose of this study was to design a theory-driven positive intervention and to pilot test the intervention. *Method:* The manual presents an 8-week group program that includes homework activities. A sample of 56 young adults completed the intervention. Participants were assessed at base line, after termination, and at a 6-month follow-up session. Standardized instruments were used to assess the dimensions of mental health proposed by Keyes. *Results:* Pre- and post-test measures of subjective, psychological, and social well-being showed significant differences, as did the total mental health scores. At 6-month follow-up, differences remained in subjective and psychological well-being and in positive mental health, with smaller effect sizes. *Discussion:* Limitations of these preliminary findings as well as future lines of research and improvements in this manualized intervention are proposed in the light of current research on positive interventions.

Keywords: Positive manualized intervention, positive mental health, well-being, flourishing, pilot test.

6.2 INTRODUCTION

Following Seligman et al.'s (2005) publication providing the first evidence of the effects of positive psychological interventions (PPIs), researchers and practitioners started to develop and assess a variety of these interventions designed to increase positive affect, well-being, optimism, personal strengths, hope, and self-esteem, as well as to decrease clinical symptoms of distress. Several meta-analyses and systematic reviews were published in the past 12 years, providing information about the effectiveness of these interventions. Sin and Lyubomirsky (2009) reviewed 49 studies, utilizing primarily nonclinical samples and concluded that PPIs were effective in increasing well-being and reducing depression. Bolier et al. (2013) replicated this finding in a meta-analysis examining 39 randomized controlled studies. A recent review (Chakhssi et al., 2018), focusing on diverse clinical samples, also concluded that significant, though small to moderate effect sizes, were found for wellbeing, depression, and anxiety. However, according to Ghosh and Deb (2017), the effectiveness of PPIs with individuals with chronic physical illnesses is inconclusive, since half of the studies included in their meta-analysis reported insignificant findings. The latest and most comprehensive meta-analysis, by Koydemir et al. (2020), also concluded that PPIs display promising effectiveness for increasing well-being in non-clinical adult populations.

Despite this propitious scenario for PPIs, their diversity in terms of goals, target populations, contents, delivery format, and duration yields a complex picture (Bolier et al., 2013). For instance, published studies present differences in terms of goals and outcome measures, with interventions targeting different dimensions of wellbeing, mostly subjective well-being and psychological well-being (Koydemir et al., 2020; Weiss, et al., 2016) or focusing in different psychological constructs such as optimism, hope, or happiness. Furthermore, another major goal has been the alleviation of

depressive symptoms, a work that Fava initiated in the 90s with his Well-Being Therapy (Fava, 1999). In sum, this diversity of goals and outcome measures hinders sound conclusions about the effectiveness of PPIs.

Studies examining PPIs have utilized different populations in terms of age and health conditions (Bolier et al., 2013; Koydemir et al., 2020). For instance, there are interventions specifically designed for individuals with either mental or physical health problems, with much debate occurring in the area of cancer patients. There is also diversity in terms of the specific content and activities proposed. Many single component interventions present only one activity (see Stone and Parks, 2018, for a review of the most popular and well-researched interventions), whereas others, known as multicomponent interventions focus on different topics and propose a variety of activities. Two examples are Fordyce's (1977) Happiness Program, and Seligman's Positive Psychotherapy Program (Seligman et al., 2006). As its regards to format, interventions are delivered individually, in groups, on-line, or are self-administered. Sin and Lyubomirsky (2009) found in their meta-analysis that the most effective modality was individual followed by group interventions, but Bolier et al. (2013) did not. The literature also addresses the issue of duration. According to Sin and Lyubomirsky (2009), Koydemir et al. (2020), and Bolier et al. (2013), longer interventions (8 to 12 weeks) produced greater gains in well-being.

Finally yet importantly, several voices have raised the issue of the lack of a unifying conceptual framework (Parks & Biswas-Diener, 2013; Wong & Roy, 2018) and the fact that many interventions were designed without a background theory, a question of paramount importance in psychological interventions. In sum, PPIs constitute a new development in the treatment arena that can become efficient tools to improve well-being and mental health.

The analysis of the available literature on PPIs leads the authors to conclude that the major limitation is the lack of a theoretical framework. However, in recent years, some models have been advanced. Keyes' (2002, 2003, 2005) theory of mental health is especially suitable to inform positive interventions. He described mental health as something different from the mere absence of mental illness. Mental health is operationalized as a syndrome of symptoms of positive feelings and positive psychosocial functioning. Keyes coined the term positive mental health or flourishing and analyzed, using a large US population sample, its relationship with mental illness and other psychological variables and life outcomes (Keyes, 2005; Keyes et al., 2010). According to Keyes, the three components of mental health are subjective or emotional well-being, psychological well-being, and social well-being. Subjective well-being refers to the presence of positive emotions and life satisfaction. Following Ryff (1989), psychological well-being is characterized by high levels of self-acceptance, positive relations with others, personal growth, purpose in life, environmental mastery, and personal autonomy. Finally, Keyes stated that positive functioning also encompasses social wellbeing, a dimension of mental health that includes social coherence, social actualization, social integration, social acceptance, and social contribution (Keyes, 1998). Keyes defined mental health or flourishing, as a state characterized by high levels of well-being, *'a state in which an individual feels positive emotion toward life and is functioning well psychologically and socially'* (Keyes, 2003, p. 294). Its opposite was termed languishing.

Despite the fact that Keyes has suggested the application of this theory to guide interventions (Keyes, 2003, 2007; Keyes & Lopez, 2002), to our knowledge, no intervention has been proposed applying this theoretical framework. A review of PPIs showed that some have used, as an outcome measure, the construct of mental health or flourishing, but these interventions were not developed with such framework in mind. In an attempt to palliate this lack of theoretical foundation in the

PPIs arena, the main goal of this study was to design a theoretically driven intervention to promote positive mental health or flourishing, and to pilot test this intervention.

6.3 METHOD

6.3.1 *Participants*

Participants were college students recruited at a medium-size university. The centre offered a workshop on well-being and personal development as an extracurricular activity. Fourteen individuals from different majors enrolled and completed the program in two separate groups. Besides, 43 participants of an elective course in Psychology voluntarily participated in the workshop. Two persons declined participation. There were no differences in terms of age, gender, and major outcome variable (positive mental health) in these groups and therefore they were added to form the final sample of 57 individuals for this study. Age ranged from 18 to 44 with a mean of 21.8 (SD= 3.8). All were Caucasian, and 89.5% were females. Preliminary analysis identified, at base line and post-test, a case with a pattern of response clearly polarized to the extremes that was considered as an outlier and eliminated from the final analysis. Finally, response rate at 6-month follow-up was 79% of the initial sample, 44 participants, with no significant differences in the outcome variables between present and lost cases, both in base line and post-test.

6.3.2 *Instruments*

The instruments used to obtain a measure of positive mental health that participants completed at base line, post-test, and 6 month follow-up were the following.

Satisfaction with Life Scale-SWLS (Diener et al., 1985) adapted to Spanish by Vázquez et al. in 2013. It consists of five items with a seven-point format response from “*strongly agree*” to “*strongly disagree*”. It is a sound and widely used measure and internal consistency in the Spanish adaptation was .88. In this study, the alpha was .82.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) developed by Diener et al. (2010) as a new measure of the amount of time positive and negative emotions are experienced in the past four weeks. It includes 12 items with a response format ranging from one (*very rarely or never*) to five (*very often or always*). It yields three scores: positive, negative, and balance affect but only the positive affect score was used in this study. Cronbach alpha for the positive affect scale was .87 in the original study, .86 in a Spanish adaptation (Espejo et al., 2020), and .83 in the present sample.

Psychological Well-being scales (Ryff, 1989) adapted to Spanish (Díaz et al., 2006). This version consisted of 39 items with a six-point Likert scale response format, from “*strongly agree*” to “*strongly disagree*”. The scales measure self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. It has been widely used in the literature and it is considered a sound measure of positive functioning in the eudaimonic tradition of well-being research (Keyes, 2013b; McDowell, 2010). The alpha in the present study was .88.

Social well-being was measured using the Spanish adaptation of Keyes’ instrument (Keyes, 1998) published by Blanco and Díaz in 2005. It measures five dimensions of social well-being: integration, acceptance, contribution, coherence, and actualization, and it consists of 33 items, with a five-point response format, from “*strongly agree*” to “*strongly disagree*”. The Spanish adaptation eliminated eight items but, given that it was done with a small non-representative sample, we decided to maintain all the items of Keyes’ original scale. Cronbach’ alpha obtained in this study for the total scale was .89.

6.3.3 Procedure

Procedures are described in two separate sections: those referring to the design of the intervention, and those involved in the implementation of the program. In terms of design, after

conducting a thorough review of the literature, the authors made decisions about topics and methodology based Keyes's construct of positive mental health or flourishing. We followed two criteria to select topics and activities. First, the program had to include content related to the three dimensions of well-being that form the construct of positive mental health or flourishing. Second, when possible, we choose activities previously tested. However, as it is mentioned below, some new activities were proposed, especially to cover the social well-being dimension. The program consisted of eight sessions of 1 h and 40 min, plus the base line and follow-up sessions. Each session presented a different topic using a combination of group or dyadic dialog, brief presentations, audiovisual material, exercises and tests, and testimonies. One-third of the sessions was devoted to reviewing the homework assignment of the previous week. Participants in the two extracurricular activity groups worked with one facilitator in groups of seven people. Participants of the elective course worked with four facilitators in groups of 10–11 individuals. Participants received a folder to file the materials, and a Well-being Notebook to take notes and complete the homework. A Google site was available with all the materials used.

A brief description of main topics and homework assignments in each session follows, with a summary presented in Table 6.1.

Introduction: The first session worked on expectations and beliefs about happiness, well-being, and personal development using instruments developed by McMahan and Estes (2011), and Zacarés and Serra (1996). Time was also devoted to clarify the rules of the group and to begin to develop group cohesion. Following Howel, et al. (2016) we worked to facilitate a growth mindset about well-being and personal development. We also discussed basic concepts of well-being and mental health (Keyes, 2002). The first session also introduced the role and importance of homework throughout the experience. There was no formal control of its performance but

facilitators highlighted the expected benefits of practicing the proposed activities and the commitment with the group work. The first homework assignment asked participants to select, reflect, and bring an example of a source of personal well-being, like a picture, a preferred leisure activity, a significant other, an experience, a personal resource, or the like.

Table 6.1:

Well-being and personal development program: summary of sessions.

Session title	Main topics	Homework assignment
Well-being and personal development	Expectation, norms and commitments Personal beliefs about happiness, well-being and personal development Well-being incremental mind-set	Identifying a personal source
Positive emotions	Positive and negative emotions Functionality of positive emotions Strategies to cultivate positive emotions	Three good things
Personal and social gratitude	Meaning of gratitude Gratitude to society Planning the gratitude letter and visit	Thanks Europe! Gratitude letter and visit
Personal strengths	Personal strengths: insights and VIA test	Checking my strengths with significant others
Meaning and purpose in life	Diversity of meanings and purposes Reflection on personal life meaning	Taking meaningful pictures
Best possible self and world	Imagery of best professional future self Subjective vs objective world view: Factfulness test	Best possible self and world
Personal growth	Personal growth initiative The comfort zone	Out of my comfort zone
Summary	Compilation of learning and experiences Group creative activity Farewell	Final essay

Second session: The session begins encouraging participants to share their homework with the group, in this case personal examples of sources of well-being. Individuals thus become aware of the diversity of sources of well-being and gather ideas to apply to their own lives. Then, the session focuses on positive and negative emotions. We followed Fredrickson (2003) and Lyubomirsky (2007) to discuss their functionality, and offered suggestions on how to manage negative emotions

and cultivate positive ones. Illustrations and audiovisual materials helped participants to gather ideas to work on this issue. Finally, Seligman's activity *Three good things* (Seligman et al., 2005) was presented and proposed as a homework activity for the week. It asks individuals to keep a daily log of three experiences during the day that elicited a positive emotion. At the end of the week, and before the next session, participants were encouraged to review the log and draw some personal conclusions.

Third session: Once participants had discussed their gains doing *Three good things* during the week, a group discussion on the meaning, reasons, and recipients of gratitude was conducted. Using a section of a movie, awareness of social gains and the benefits of the Welfare State in Europe was facilitated, so that gratitude to our society and to the efforts and struggles of previous generations could be elicited. Time was devoted to thoroughly explain and plan the *Gratitude Letter and Visit* (Seligman et al., 2005). The activity proposes participants to identify a person in their lives they feel gratitude toward and had not expressed it adequately. Then they are asked to write a letter to that person and deliver the content in a personal encounter. The weekly homework also included finishing and reflecting on movie seen in the session.

Fourth session: This session first reviewed accomplishments with the letter and visit, and insights from the movie. It later moved to personal strengths asking people to identify and share in dyads their strengths. A short version of the VIA (Values in Action Inventory of Strengths) (Peterson & Seligman, 2004) was used. The VIA is an instrument that explores 24 personal strengths grouped in six families of human virtues and yields an output identifying the five most salient strengths of the person. Participants discussed in small groups of two to three people the degree of agreement and concordance between the test and personal insights. Homework asked

participants to ask three significant others about the strengths they thought they had, and to reflect on the differences and similarities of these three different sources of information on strengths.

Fifth session: After reviewing homework assignments, the session focused on the exploration of the variety of meanings and purposes in life. Video materials as well as quotes from famous people were used to elicit personal and group insights. Steger et al. (2013) designed an activity to facilitate personal exploration of life's meaning. It is a photographic method that asks individuals to take several photographs of things that make life meaningful to them. Participants were asked to take, bring, and reflect on pictures that represented the sources of meaning in their lives.

Sixth session: Upon sharing and explaining sources of meaning and purpose using the photographs taken during the previous week, this session was devoted to goal directed behavior and future expectations. Following work on best possible self (King, 2001), an imagery exercise was proposed to explore one's best professional self. The facilitator guided participants to envision their professional life in 10 years and to elaborate in detail the characteristics of this situation. They later wrote in the Well-Being Notebook what they had imagined. Furthermore, to cultivate the social well-being dimensions, we designed a novel activity applying the best possible self-methodology to the social arena. Using ideas from Rosling et al. (2018) and his Factfulness test, insights were facilitated about the positive evolution of humankind, and discussion was encouraged about what world participants would want to live in 10 years ahead. Individuals gained, using worldwide historical facts generated by Rosling, a new understanding of the evolution of society and the accomplishments of humankind. Finally, the homework requested participants to work on the other life domains of the best possible self-activity such as interpersonal, family and intimate relationships, leisure, or social participation. They also had to articulate what were some of the features of the world and society they would like to live in the future.

Seventh session: This session first gave participants the opportunity to share their homework and feelings about it. The new topic was personal growth and development, and was facilitated using audiovisual material about getting outside of one's comfort zone. Thoen and Robitschek's (2012) Manual of Intentional Growth Training was adapted and used. Subjects were encouraged to plan and start performing a new and desired behavior, out of their comfort zone, they felt will lead to personal growth.

Eight session: The final session reviewed participants' accomplishments with the last homework assignment. To summarize the experience and learning, we invited participants to do creative group activity to reflect on the program in terms of their individual and group experience. Groups created a joint collage using diverse material, presented it, and finished taking some pictures. As a final homework assignment, they were asked to write an open essay about the experience.

As mentioned above, each session and activity was hypothesized to cultivate one or more of the dimensions of positive mental health or flourishing. A major challenge was to include topics and exercises related to social well-being. As it has been described, several strategies were used to achieve this objective. For instance, use of a group format for program delivery, emphasis on social diversity as it regards to the different topics covered, work on social gratitude, exploration and integration of views of others about self, awareness and reflection on the role of our physical and social context at both micro and macro levels, and articulation of best possible future world.

Finally, the program included one more session to gather the post intervention data and assess satisfaction with the workshop.

As it regards to implementation, first, the project secured the approval of the Research Ethic Board of the university. All participants signed an informed consent and received a numerical code

for identification to dissociate personal data. Participants were randomly assigned to the groups. The program was implemented during the second semester of the school year, avoiding coincidence with school holidays and exam periods. Finally, after 6 months, participants were contacted via electronic mail and an on-line questionnaire was administered.

Trained psychologists, under the supervision of a certified clinical psychologist, conducted the sessions. Following Worth (2017), a training program for the facilitators was implemented (also described in detail in the manual) that included reading materials, personal reflection on the topics, group discussions, and personal experience with all the homework activities. Each session was prepared in a group meeting. Furthermore, after each session, a supervision encounter took place. Facilitators were also asked to keep and share in supervision a diary of each session and signed a confidentiality contract.

6.3.4 Data Analyses

Three outcome indicators (subjective well-being, psychological well-being, and social well-being) were created from the specific questionnaires of each construct and following the indications of the authors who designed them. The positive mental health indicator was created calculating the average sum of the three well-being indicators. The indicators were transformed into a decimal scale from the following algorithm: $(\sum x_i - \min * 10/\max)$, being $\sum x_i$ the sum of the scores of the items that compose the instruments, and where min and max are the minimum and maximum values of the possible range.

We calculated the mean (M) and standard deviation (SD) for the three assessment times, and the normality of the distributions was verified with the Kolmogorov-Smirnov test. Since this is a repeated measures factor design, the spherical assumption of the variance-covariance matrix was checked with the Mauchly's W test, and the analysis of variance F test was used through the

'general linear model—repeated measures' routine of the SPSS- v24 program. This same routine provides F tests for the polynomial contrasts (linear and quadratic trend), the effect sizes through the partial eta coefficient (η^2), and the statistical power of the test ($1-\beta$); all of them for each of the F tests used. Similarly, this routine provides the probability values (p) of the comparisons between pairs of time measures (T1-T2, T1-T3, and T2-T3). Finally, in order to compare differences in means in T1-T2, and T1-T3, a t test for paired samples was used, calculating the mean (M_{Dif}) and the standard deviation (SD_{Dif}) of the differences, along with the 95% confidence interval (CI 95%). Finally, effect sizes of the differences between T1 and T2 and T1 and T3 were calculated using Cohen's d for paired samples, as suggested by Lakens (2013). A commonly used interpretation is to refer to effect sizes as small ($d= 0.2$), medium ($d= 0.5$), and large ($d= 0.8$) based on benchmarks suggested by Cohen (1988). However, these values are arbitrary and should not be interpreted rigidly (Thompson, 2007). Therefore, the best way to interpret Cohen's d is to relate it to other effects found in in the relevant literature.

The datasets used during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

6.4 RESULTS

Table 6.2 presents descriptive statistics at pre, post-test, and 6-month follow-up of all outcome variables. High scores were found in the variables in the three moments, with the highest scores after the intervention (T2). Table 6.2 also reports the tests of normality for all distributions, and in all cases the probability values associated with the Kolmogorov-Smirnov test have been statistically non- significant ($p > .05$), not being able to reject the null hypothesis and, therefore, assuming the normality of the distributions. The two columns to the right of Table 6.2 offer results of the Mauchly's sphericity test, which, in all cases, the probability measures trends of the principal

outcomes value associated with the W statistic was greater than the critical level ($p > .05$) and, therefore, it is assumed that the variance-covariance matrix is spherical.

Table 6.2:

Base line, post-test and 6-month measures: means, standard deviations, normalized test (Kolmogorov-Smirnov— $K-S$) and sphericity test (Mauchly's W).

	T1 (n = 56)		T2 (n = 56)		T3 (n = 44)		Sphericity test	
	M (SD)	$K-S$	M (SD)	$K-S$	M (SD)	$K-S$	W	p
Subjective well-being	7.08 (1.19)	.070	7.55 (1.27)	.060	7.37 (1.50)	.055	.979	.635
Psychological well-being	7.01 (0.94)	.064	7.37 (0.89)	> .10	7.29 (1.04)	> .10	.998	.960
Social well-being	5.44 (0.76)	> .10	5.79 (0.68)	> .10	5.40 (0.82)	> .10	.893	.092
Positive mental health	6.51 (0.82)	> .10	6.91 (0.79)	> .10	6.69 (0.99)	> .10	.983	.703

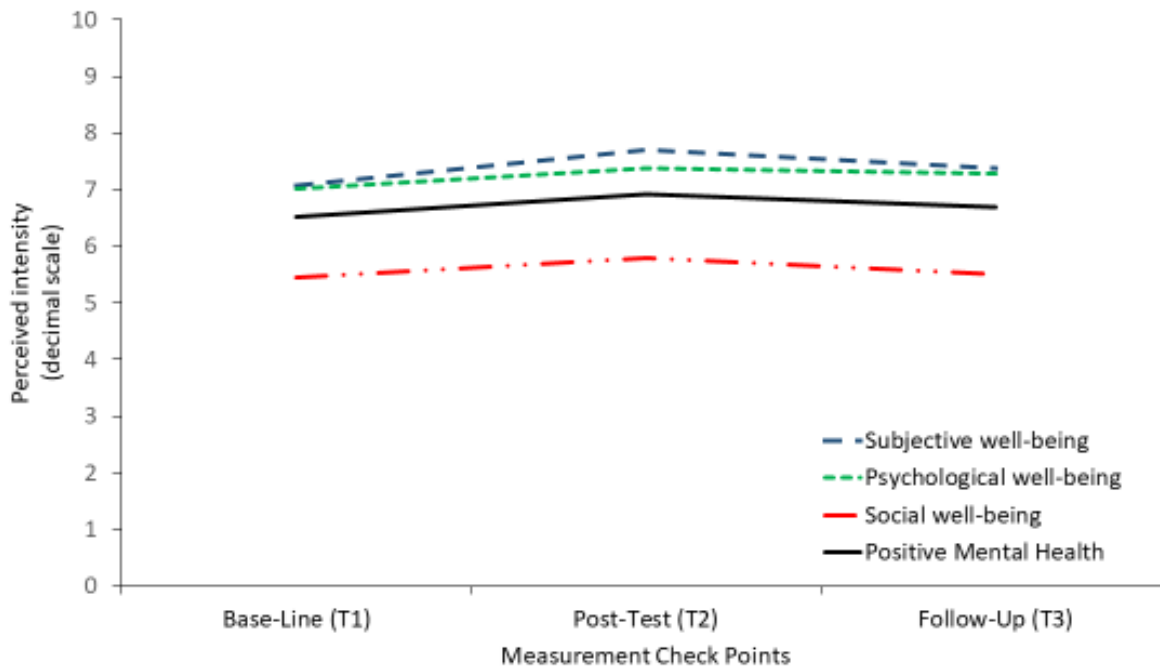
Once the assumptions of the application of a factor repeated measurements (independence, normality, and sphericity) were checked, we conducted four analyses of variance, whose results are represented together in Table 6.3 and Fig. 6.1. For the four indicators evaluated, the overall F test has been statistically significant (F values for 2 and 86 degrees of freedom greater than 8.66; $p < .001$; Table 6.3), and it can be concluded that the averages compared are not equal. The effect sizes obtained in this test have been high ($\eta^2 > .168$, equivalent to a Cohen's $d > 0.898$) and have adequate statistical power ($1 - \beta > .950$). The polynomial contrasts do not allow rejecting the linear component of the trend—except in the case of the social well-being indicator ($F = 0.32$; $p = .573$)—although in all cases a quadratic trend in the form of an inverted V prevails with greater probability. On the other hand, comparisons between pairs offer statistically significant differences in all indicators between baseline and post- test ($p < .001$), and between baseline and follow-up in the

case of psychological well-being ($p= .006$) and between post-test and follow-up in the case of the positive mental health indicator ($p= .05$).

Table 6.3:
Repeated measures ANOVA for outcome variables.

	Global and polynomial contrast												p value for temporal comparisons		
	Global				Linear				Quadratic				T1-T2	T1-T3	T2-T3
	F	p	η^2	$I-\beta$	F	p	η^2	$I-\beta$	F	p	η^2	$I-\beta$			
Subjective well-being	8.66	<.001	.17	.96	4.87	.033	.10	.58	13.68	<.001	.24	.95	<.001	.098	.226
Psychological well-being	10.06	<.001	.19	.99	10.67	.002	.20	.89	9.42	.004	.18	.85	<.001	.006	.896
Social well-being	9.48	<.001	.18	.98	0.32	.573	.01	.09	21.58	<.001	.33	.99	<.001	.999	.095
Positive mental health	11.27	<.001	.21	.99	4.52	.039	.09	.55	19.57	<.001	.31	.99	<.001	.118	.050

Figure 6.1:
Repeated measures trends of the principal outcomes.



An analysis of the change between baseline and post- test scores (T1–T2), and between baseline and follow-up (T1–T3) is presented in Table 6.4, with the intention of assessing the effect size achieved. Change observed in all variables after the intervention (comparison T1–T2) has been positive, showing a significant increase in positive mental health, subjective, psychological, and social well- being. Effect sizes for positive mental health ($d= 0.50$), social well-being ($d= 0.48$), subjective well-being ($d= 0.40$), and psychological well-being ($d= 0.38$) were moderate-low. The differences in follow-up scores with respect to the beginning of the program are positive in the cases of psychological well-being ($M_{Dif}= 0.35$; $t= 3.27$, $p= .002$, $d= 0.35$), subjective well-being ($M_{Dif}= 0.36$; $t= 2.21$, $p= .033$, $d= 0.25$), and positive mental health ($M_{Dif}= 0.21$; $t= 2.13$, $p= .039$, $d= 0.23$). Non- significant changes were observed ($M_{Dif}= - 0.05$; $t= - 0.56$, $p= .573$, $d= 0.06$) in the case of social well-being.

Table 6.4:

Change assessment between baseline and post-intervention (T1–T2), and between baseline and 6-month follow-up (T1–T3).

	T1–T2 comparisons (n= 56)						T1–T3 comparisons (n= 44)					
	M_{Dif}	SD_{Dif}	(Interval 95%)	t	p	d	M_{Dif}	SD_{Dif}	(Interval 95%)	t	p	d
Subjective well-being	0.48	1.01	(0.21 0.76)	3.59	.001	0.40	0.36	1.10	(0.03 0.70)	2.21	.033	0.25
Psychological well-being	0.35	0.69	(0.16 0.54)	3.77	.001	0.38	0.35	0.70	(0.13 0.56)	3.27	.002	0.35
Social well-being	0.35	0.51	(0.21 0.49)	5.12	.001	0.48	-0.05	0.63	(-0.24 0.14)	-0.56	.573	0.06
Positive mental health	0.40	0.61	(0.23 0.56)	4.84	.001	0.50	0.21	0.68	(0.01 0.43)	2.13	.039	0.23

d: values are *d_{mr}* for repeated measures as suggested by Lakens (2013).

6.5 DISCUSSION

The study outcomes show an improvement in self-report measures of positive mental health (subjective, psychological, and social well-being) after the proposed intervention. At 6-month follow up the scores tend to regress to base line measures but are still significant for subjective and psychological well-being, and the overall positive mental health index. Social well-being returned to base line levels. The results for subjective and psychological well-being are consistent with previous research on the effects of PPIs (Bolier et al., 2013; Koydemir et al., 2020). We found only one study (Key-Roberts, 2010) that used social well-being as an outcome measure, with no improvements after the intervention. Perhaps the intervention we designed did not address sufficiently this dimension, or the effects of continuous practice, after the intervention was over, were lost. An alternative explanation could be that other strategies might be more efficient in order to cultivate social well-being. For instance, active involvement in community life, volunteering, and civic participation might be necessary to maintain social well-being. Further research is needed to explore these issues.

Some important limitations of our study must be mentioned. The major limitation is the lack of a control group that prevents us from any assumption of causality. This is a pre experimental study designed to develop a PPI and to conduct an initial testing of the proposal. Therefore, results cannot be attributed to the intervention. The possibility exists that participants might have benefited from the group experience itself. Besides, expectations might have influenced the results, or other uncontrolled variables such as the adherence to the homework assignments. Another important limitation is attributable to the fact that our findings are based on a sample that was not randomly assigned to the intervention but self-selected. The motivation to improve might also explain the results, an issue Sin and Lyubomirsky (2009) pointed out in their review. Another limitation of

our study is the characteristics of the sample, a small group of young Caucasian adults, college students, and mostly females. As Hendriks et al. (2018) mention in their conclusions, studies on PPIs should be done using more diverse samples in terms of ethnic and cultural background, gender, and age. Finally, an important limitation refers to the fact that is difficult to isolate the contribution of any one topic or activity proposed in the intervention, and thus we are not able to identify elements that facilitate change. Yet, as Parks and Biswas-Diener (2013) mentioned, a multicomponent intervention resembles more real life use of activities by individuals and practitioners. In sum, because of all the above-mentioned limitations, our work should be interpreted with caution as a pilot and preliminary study that nevertheless can spark interest in further research.

Despite the limitations, these preliminary results inspire us to continue the exploration of the potential effects of this intervention. The two main issues to address in future work are the improvement of the intervention program itself, and the realization of rigorous studies to analyze its effectiveness.

The authors have identified at least six changes to improve the manual developed for this intervention. First, we suggest a change in the order of sessions. The gratitude letter and visit is a powerful and, for some individuals, a challenging activity that might be better placed after the work on personal strengths, and thus be presented in the fourth session. Second, following suggestions by Biswas-Diener et al. (2011), work on personal strengths can also be improved. Third, as others have pointed out (Parks & Biswas-Diener, 2013), some activities, such as the best possible self, can be unpleasant for some individuals, as it happened in our experience. In a similar vein, this group of young adults had some difficulty working on life meaning and purpose. Therefore, adaptations or alternatives could be design to be implemented if uneasiness appears.

Similarly, the delivery of the program to other groups with different cultural backgrounds or of different age groups demands adaptations. For instance, our current experience with adults and elders suggests that work on life goals through the best possible self-activity might not be relevant for this age group and can be replaced with another activity such as reminiscence, life narratives, or forgiveness, as Durgante and Dell’Aglia (2019), and others have done. Another identified improvement is the inclusion of additional optional homework activities for those individuals interested in a given topic. Fifth, we also suggest that the duration of the sessions be increased in at least 20 min, being of two full hours. Finally, it would be desirable to incorporate some suggestions and resources, as long-term homework, to facilitate the maintenance of gains.

Future studies should test the intervention using different types of control groups and diverse samples. We also have to elucidate the role of some important mediating variables. For instance, it will be important to explore the role of cognitive and motivational variables such as implicit theories of well-being (Howell et al., 2016). The intervention worked on this issue and tried to promote an incremental view of well-being but the lack of a pre-post-test assessment of such variable impedes any conclusions. Besides, future studies should analyze and control other variables to assess the impact of these interventions. Personality traits, coping strategies, self-efficacy, and stress levels, among others, are important elements to understand how mental health can be improved. Another important variable that deserves further analysis is the group and its therapeutic effects (Corsini & Rosenberg, 1955). Finally, the combination of quantitative and qualitative methodologies can also contribute to gain a better understanding of the processes involved in individual growth and change. In fact, Hefferon et al. (2017) made a recent call to increase qualitative research in positive psychology. The final homework assignment of this

intervention, an open-ended essay, is in the process of study. It might shed light in terms of the perceived outcomes and the processes involved in positive change.

6.6 CONCLUSIONS

There are two major conclusions that can be drawn from this study. First, Keyes' construct of positive mental health or flourishing can be a useful framework to design a theory-driven multicomponent psychological intervention. Such intervention addresses three areas of positive mental health (subjective, psychological, and social well-being) that are hypothesized to be susceptible to improvement and change. The second conclusion refers to the need to go beyond this exploratory study and design rigorous studies to test the efficacy and effectiveness of the proposed intervention, and to explore the different personal, contextual, and program variables that might mediate or moderate the expected positive outcomes. Participants improved their mental health 6 months after they partaken in the program, but scientific evidence to claim the benefits of this program remains to be presented.

**7. THE EFFECTS OF AN INTERVENTION TO IMPROVE MENTAL HEALTH
DURING THE COVID-19 QUARANTINE: COMPARISON WITH A COVID
CONTROL GROUP, AND A PRE- COVID INTERVENTION GROUP²**

² This manuscript has been published: Gorbeña, S., Gómez, I., Govillard, L., Sarrionandia, S., Macía, P., Penas, .P. & Iraurgi, I. (2021). The effects of an intervention to improve mental health during the COVID-19 quarantine: comparison with a COVID control group, and a pre- COVID intervention group. *Psychology and Health*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1936520>

7.1 ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has constituted an unprecedented challenge to society and science and it has provided an unexpected opportunity to explore the effects of a positive intervention in times of adversity and confinement. The goal was to evaluate the effects of a theory driven group intervention to cultivate mental health and flourishing. *Method:* A pre post design with three groups (151 individuals) was conducted, including an experimental group that received the intervention during the pandemic, a pre-COVID intervention group, and a COVID control group. Based on Keyes' concept of positive mental health, measures of subjective, psychological and social well-being were obtained, as well as an indicator of psychological distress (GHQ-12). *Results:* Intervention groups showed an increase in well-being and the COVID control group a decrease. Change scores revealed significant differences. Overall percentage of individuals at risk of ill health in baseline was 25.2%, but after the intervention, the COVID control group reached 64.1%. *Discussion:* Despite the limitations, the present findings suggest that interventions to sustain and improve mental health in times of crisis and adversity can be an effective approach.

Keywords: Positive intervention; COVID-19; quarantine; positive mental health; control group.

7.2 INTRODUCTION

The COVID-19 pandemic constitutes an unprecedented challenge to society and science. For psychology and other health professionals, researchers, and academicians, it is a trial to test our ability to fulfil our core mission: *'to improve the condition of both the individual and society'* (European Federation of Psychologist Associations (EFPA), 2005), and/or to *'benefit society and improve people's lives'* (American Psychological Association (APA), 2012). In the so-called "normal times", psychology's quest for knowledge contends with many limitations. Due to ethical principles, experimental research in psychology is frequently limited in terms of the

manipulation of variables. However, sometimes, historical events offer us the opportunity to analyze the impact of environmental circumstances otherwise out of control. This paper takes advantage of such a situation: unexpectedly, the COVID-19 pandemic has made it possible to compare the effects of an intervention during the pandemic, with a non-treatment control group, and a pre-COVID intervention group. Even though this paper is a small contribution to scientific knowledge, it alludes to humankind's capacity to thrive and flourish, even in times of adversity (Linley & Joseph, 2004). It also points out to the paramount contribution psychology can make to health and well-being.

Research on positive interventions has rapidly increased worldwide in the past two decades. Researchers and practitioners have proposed and assessed a variety of interventions designed to increase positive affect, well-being, optimism, personal strengths, and hope, and/or to reduce clinical symptoms of distress. Several meta-analyses and systematic reviews provide evidence about the effectiveness of these interventions (Bolier et al., 2013; Chakhssi et al., 2018; Hendriks, Warren et al., 2019; Koydemir et al., 2020; Sin & Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). In general, significant though moderate effects are found in different populations, age groups and health conditions.

Other researchers have expressed concern about the lack of a comprehensive and unifying theoretical framework to guide these interventions, especially those that are multi-component (Parks & Biswas-Diener, 2013; Wong & Roy, 2018). The exceptions to this state of affairs are Fava's Well-Being Therapy (Fava, 1999), based on the construct of psychological well-being (Ryff & Keyes, 1995), and Seligman's Positive Psychotherapy, founded in his positive psychology principles (Seligman et al., 2006).

However, these manualized interventions were designed to be utilised with clinical populations, even though they have also been applied to non-clinical groups.

Given the scarcity of multicomponent positive interventions targeting the general population, we designed and tested a theoretically driven manualized classroom intervention focussed on cultivating well-being and personal development. Keyes' theory (2002; 2003) of mental health seemed especially suitable to inform this intervention. Keyes described positive mental health as something different from the mere absence of mental illness, and operationalised it as a syndrome of symptoms of positive feelings and positive functioning. Subjective or emotional well-being (positive emotions and life satisfaction), psychological well-being (self-acceptance, positive relations with others, personal growth, purpose in life, environmental mastery, and autonomy) and social well-being (social coherence, actualization, integration, acceptance, and contribution) are the three components of positive mental health. Keyes (2003) defined mental health as a flourishing state, characterised by high levels of well-being, *'a state in which an individual feels positive emotions towards life and is functioning well psychologically and socially'* (p. 294), and its opposite as languishing, a state of emptiness and stagnation.

As Keyes (2013b) mentioned, studies with adults, college students and adolescents have supported the model. Positive mental health has been associated with better psychosocial functioning (Keyes, 2002), all-cause mortality (Keyes & Simoes, 2012), the prevalence and incidence of mental illness (Keyes et al., 2010) lower levels of adolescents' conduct problems (Keyes, 2006), and with higher levels of college students' engagement with personal growth and development (Robitschek & Keyes, 2009).

The intervention designed is described in detail in the procedure section. Briefly, it consists of eight group sessions that promote work in the three areas of well-being (subjective, psychological, and social) using diverse resources and activities, and homework assignments.

In sum, the initial goal of this project was to test the effectiveness of the intervention. However, due to the breakout of the COVID-19 pandemic the goal broaden to include: (1) the exploration the psychological effects of the pandemic in a sample of young adults, and (2) the analysis of differences, comparing data from a previous intervention conducted last year (a non-pandemic situation) with the same type of population.

With these goals in mind, the following hypotheses were formulated: (1) significantly increased levels of mental health will be observed in the COVID intervention group compared with the COVID control group after the intervention; (2) significantly decreased levels of mental illness will be observed in the COVID intervention group compared with the COVID control group after the intervention; (3) lower levels of mental health improvement will result in the COVID intervention group compared with the pre-COVID intervention sample; (4) the COVID control group will have a significant deterioration in mental health and, (5) the COVID control group will have a significant increase in emotional distress after the intervention.

7.3 METHOD

7.3.1 Participants

Participants were recruited at a medium-size private university in northern Spain. It is a convenience sample of 151 individuals. Ages ranged from 20 to 44 years old ($M= 21.55$, $SD= 2.54$), 86.8% were females, 9.9% had some chronic health condition and 2% reported a disability. Participants belonged to three different groups. Sixty-nine students, who registered for two elective

courses in Psychology that covered well-being topics, formed the experimental or intervention COVID group. The researchers offered the possibility to obtain course credit for participation in the study, described as a well-being and personal development workshop. If individuals declined participation, they completed the course via an independent study option. Only one student used this option due to her work schedule. The second group, named the COVID control group, included 56 participants who signed up for other elective courses; of those, 17 cases were lost in the post-test. In order to analyze the possible effects of the pandemic, a pre-COVID group was included. This group participated in the same program during the previous year and were recruited using the same methods as the COVID intervention group. In this case, also one student declined participation. This group totalled 43 individuals.

Analysis of differences between the three groups at baseline showed no statistical significant differences in gender ($\chi^2(2) = 0.20$; $p = .906$), chronic health condition ($\chi^2(2) = 2.09$; $p = .351$) and disability ($\chi^2(2) = 1.18$; $p = .555$). There was a statistical significant difference in mean age ($F = 5.04$, $p = .008$), explained by the fact that the pre-COVID intervention group was formed only by senior students, and the COVID intervention and control groups included junior students. The difference, even though significant, is only of one year.

7.3.2 Instruments

Following Keyes' conceptualisation, the instruments described below were used to obtain a measure of positive mental health. They were administered at base line and post-test with a time lapse of 10 weeks.

Satisfaction with Life Scale-SWLS (Diener et al., 1985) adapted by Vázquez et al. (2013). It consists of five items with a seven-point response format, from “*strongly agree*” to “*strongly*

disagree". It is a sound and widely used measure and internal consistency in the Spanish adaptation was .88, and in our study, Cronbach's alpha was .81.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) developed by Diener et al. (2010). It is a measure of the amount of time positive and negative emotions are experienced in the past four weeks. It includes 12 items with a response format ranging from one (*very rarely or never*) to five (*very often or always*). It yields three scores: positive, negative, and balance affect, but only the positive affect score was used in this study. Cronbach Alpha for the positive affect scale was .87, and in our study .88.

Psychological Well-being. The Spanish adaptation (Díaz et al., 2006) of Ryff's Psychological Well-being scales (Ryff, 1989) was used. The Spanish version consisted of 39 items with a six-point Likert scale response format. The scales measure self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. It has been widely used in the literature and is considered a sound measure of positive functioning in the eudaimonic tradition of well-being research (Keyes, 2013b; McDowell, 2010). As an indicator of psychological well-being, the score resulting from the average sum of the items was used. The alpha Cronbach coefficient was .86.

Social well-being was measured using the Spanish adaptation of Keyes' instrument (Keyes, 1998) published in 2005 by Blanco and Díaz. It measures five dimensions of social well-being: integration, acceptance, contribution, coherence, and actualization and it consists of 33 items, with a five-point response format from "*strongly agree*" to "*strongly disagree*". The Spanish adaptation eliminated eight items but given the small non-representative sample used in this adaptation, the 33 items of Keyes' original scale were included in this study. The average internal

consistency of the scales in the Spanish adaptation was .74 (Blanco & Díaz, 2005), and in our study it was .88 for the total score.

Mental distress. The General Health Questionnaire-GHQ was used to evaluate mental distress (Goldberg & Hillier, 1979; Lobo et al., 1986) in its Spanish 12-items version (Sánchez-López & Dresch, 2008). The 12-items version (GHQ-12) is a widely used screening instrument for common mental disorders. It is a self-administered measure developed for the detection of psychiatric disorders. Participants have to report how often they have experienced a series of symptoms in the last few weeks. The 12 items present a Likert type response format with a range of responses from zero (*better than usual*) to three (*much worse than usual*). The average sum of its items provides a scalar indicator of the degree of mental distress. Likewise, the transformation of the Likert responses (0-1-2-3) into GHQ scores (0-0-1-1), allows for an indicator of the number of symptoms present with greater intensity than usual, for which cut-off points can be established to differentiate the possible mental health risk. The instrument showed an adequate internal consistency with a Cronbach's alpha of .76 for the 12-items Spanish version (Rocha et al., 2011). In our study, the internal consistency was .83.

7.3.3 Procedure

The following procedures describe the development of the intervention program and the implementation of the study. With regards to the program, a manualized intervention named Well-being and Personal Development Program was developed after Keyes' concept of positive mental health and a thorough literature review of available interventions. It consists of eight, two-hour sessions addressing different themes. Each topic and activity was hypothesised to cultivate at least one of the dimensions of positive mental health (Keyes, 2002). A brief outline of sessions, indicating the dimensions considered, topics, activities, and homework assignments is presented

in Table 7.1. The intervention includes activities that have empirical evidence of their effectiveness such as The three good things and The gratitude letter and visit (Seligman et al., 2005), Taking meaningful pictures, developed by Steger et al. (2013), The best possible self exercise (King, 2001), and Thoen and Robitschek (2013) program to promote personal growth.

Table 7.1:

Well-being and personal development program.

Session title	Main focus	Topics and activities	Homework assignment
Presentation Base line		Informed consent and generation of identification code	
Well-being and personal development	Subjective, psychological and social well-being	Expectations, norms and commitments Personal beliefs about happiness, wellbeing and personal development Well-being incremental mind-set	Finding a source of well-being
Positive emotions	Subjective well-being	Positive and negative emotions Functionality of positive emotions Strategies to cultivate positive emotions	Three good things
Personal and social gratitude	Subjective and social well-being	Meaning of gratitude Gratitude to society Planning the gratitude letter and visit	Thanks Europe! Gratitude letter and visit
Personal strengths	Psychological and social well-being	Personal strengths: insights and VIA test	Checking my strengths with significant others
Meaning and purpose in life	Psychological and social well-being	Diversity of meanings and purposes Reflexion on meaning	Taking meaningful pictures
Best possible self and world	Psychological and social well-being	Imagery of best professional self Objective world view: Factfulness test	Integrating best possible self and best possible world
Personal growth	Psychological well-being	Personal growth initiative and comfort zone	Out of my comfort zone
Summary	Subjective, psychological and social well-being	Compilation of learning and experiences Visual creative summary	Final essay
Assessment		Recommendations for continued work Completion of questionnaires Satisfaction evaluation	

The sessions used a combination of group or dyadic dialog, brief presentations, audiovisual material, exercises and tests, and testimonies. Brief examples follow. For instance, group dialog involved sharing homework activities and discussing personal views of the material, which was used to elicit gratitude to society. Dyadic encounters occurred more in the first half of the program to facilitate sharing personal information such as one's view of personal strengths and the role of positive emotions in one's life. Brief presentations by the facilitators occurred in all sessions, for instance to explain the functionality of positive emotions and to suggest strategies to cultivate them. An example of an exercise is the guided imagery of the best possible future professional self. Tests and questionnaires helped in exploring personal characteristics such as strengths, views about well-being and personal development, and knowledge about the history of humankind (The Factfulness Test). Finally, testimonies involved sharing different views about happiness, life meaning and purpose, using videos of famous and laypersons as well as written materials.

One third of the sessions were devoted to reviewing and sharing the homework assignment of the previous week. It was hypothesised that it would facilitate vicarious learning and would maintain participants' engagement in the program. Participants received a folder to keep the materials and a Well-being Notebook to be used throughout the experience.

Regarding implementation, the project secured the approval of the Board of Research Ethics of the university. All participants signed an informed consent and were given a numerical code for identification to dissociate personal data. The sessions were conducted by six facilitators (two males and four females) supervised by a certified clinical psychologist. They were experienced doctoral level psychologists and doctoral students with graduate training in clinical psychology. Following Worth (2017), facilitators attended a training program that included reading materials, personal reflection on the topics, group discussion, and the realisation of all homework activities.

The training lasted an average of 40 hours. Facilitators also attended a group supervision meeting after they completed each session, and were asked to keep and share a log of the intervention. They also signed a confidentiality contract.

The program run during the assigned class hours. Each class had an average size of 37 individuals. The class group met together at the beginning of the sessions, and was divided in four small stable groups of nine to 12 members, each with one facilitator. Some brief presentations and instructions about the homework were offered to the entire class group. The program run from early February until the end of May 2020, and during the same period in 2019. The quarantine in the country started March 15th and ended June 21st.

When the program approached *Session 5* on purpose and meaning in life, the government ruled a quarantine due to the outbreak of the COVID-19 pandemic. The University cancelled all in-person activities, and teaching and learning continued using a remote format. With the consent of participants, the program continued in this format. An extra session addressed this transition and issues related to the outbreak. Participants had the opportunity to express and share their fears about the future, to become fully aware of the situation, receive support from others, exchange ideas and resources to deal with the lockdown, and be fed with assurance from the facilitators regarding the continuation of their academic life. Recommendations of the Mental Health Department of the World Health Organization (WHO) (2020), and the Association for Psychological Science (APS) (2020) regarding pandemic management and how to remain resilient were shared. From then onwards, ten minutes were devoted at the beginning of each session to share feelings and thoughts about the situation, and to check how participants were dealing with a strict lockdown. Google Meet served for group meetings, and materials were provided in a learning platform. Finally, the post-test was conducted using Google Forms. The last step included

a debriefing session where program characteristics and group results were presented, and participants were given the opportunity to receive feedback in an individual meeting.

7.3.4 Data Analysis

To describe data, means (M) and standard deviations (SD) were used for scale variables, and percentages (%) for nominal variables. To analyze results with the selected design (pre- post-test contrast for three groups) an analysis of variance was conducted, calculating within subjects, between subjects and interaction effects using F test and p. The spherical assumption of the variance-covariance matrix was checked with the Mauchly's W test and the homoscedasticity with the Levene's test. To estimate effect sizes, squared eta (η^2) coefficients and its equivalent Cohen's *d* coefficient were calculated. In order to estimate change, difference scores (M_{Dif}) were computed (post-test values minus pre-test values), with positive values indicating an increase in the variable and negative ones a decrease. To analyze differences in these scores, an analysis of variance was done (*F*-test) using Scheffe test and the Hedges *g* coefficient to estimate the effect size.

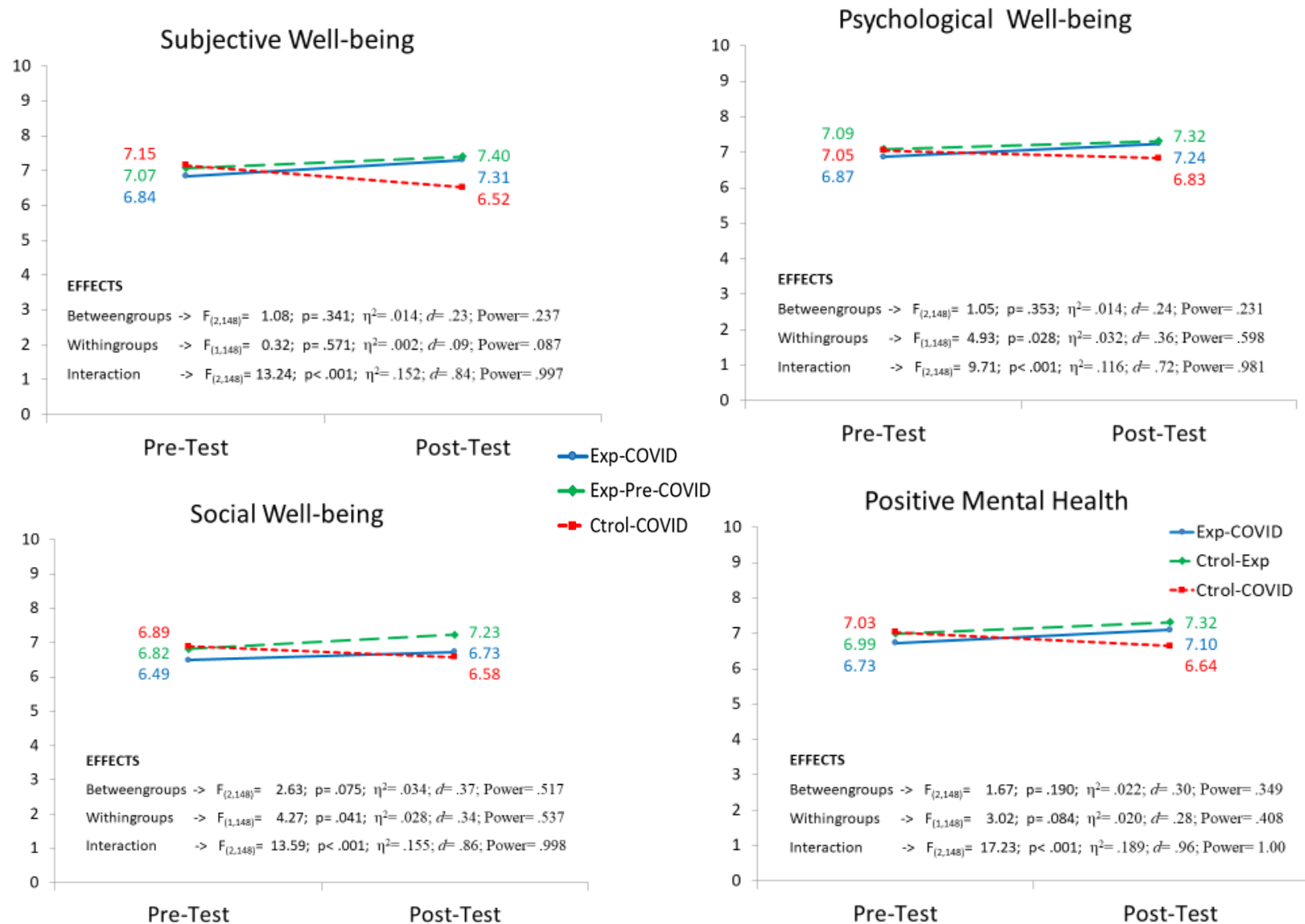
Finally, differences in the risk of ill mental health in the three groups, both at baseline and after the intervention, were calculated using Chi square test, and McNemar test to estimate risk change in each group.

7.4 RESULTS

Preliminary analyses showed that the assumptions of the sphericity of the variance-covariance matrix, and the homoscedasticity of variances were adequate. Figure 7.1 presents the evolution of scores of the three groups in the three well-being dimensions, and the global index of positive mental health. Statistically significant interaction effects are found for all scores, with notable effect sizes (Cohen's *d* values between 0.72 and 0.96), indicating a differential response of the groups. An increase in well-being measures is observed in the

Figure 7.1:

Evolution of outcomes in well-being indicators and positive mental health.



two interventions groups (COVID and pre-COVID), and a decrease in scores in the control COVID group. In order to assess change, mean differences were compared. As it can be seen in Table 7.2, the test has been significant and the post-hoc tests reveal that differences are present when comparing the experimental COVID group with the Control COVID group (with Hedges' g effect sizes between 0.80 and 1.05), and between the experimental pre-COVID and the control COVID groups (g values ranging from 0.73 to 1.21). On the other hand, differences between the COVID and pre-COVID intervention groups are non-significant, with low effect sizes ($g < 0.25$), but difference scores in the COVID group are slightly and consistently higher.

Table 7.2:

Between-group contrast of change scores (M_{Dif}) on well-being indicators, mental health and mental distress.

	Exp- COVID group (1) n= 69		Control- COVID group (2) n= 39		Exp-Pre- COVID group (3) n= 43		Statistics test		Post-hoc test, effect size (g)		
	M_{Dif}	SD_{Dif}	M_{Dif}	SD_{Dif}	M_{Dif}	SD_{Dif}	F	P	1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3
Subjective Well-Being	0.45	1.27	-0.63	0.93	0.33	0.91	13.24	<.001	0.92*	0.10	1.03*
Psychological well-being	0.38	0.77	-0.22	0.61	0.23	0.60	9.71	<.001	0.83*	0.21	0.73*
Positive Mental health	0.36	0.76	-0.39	0.61	0.32	0.55	17.23	<.001	1.05*	0.05	1.21*
GHQ-12	-0.37	1.83	1.14	1.55	0.15	1.52	10.15	<.001	0.86*	0.30	0.64*

Note.- * statistically signiF \rightarrow t for $p < .01$.

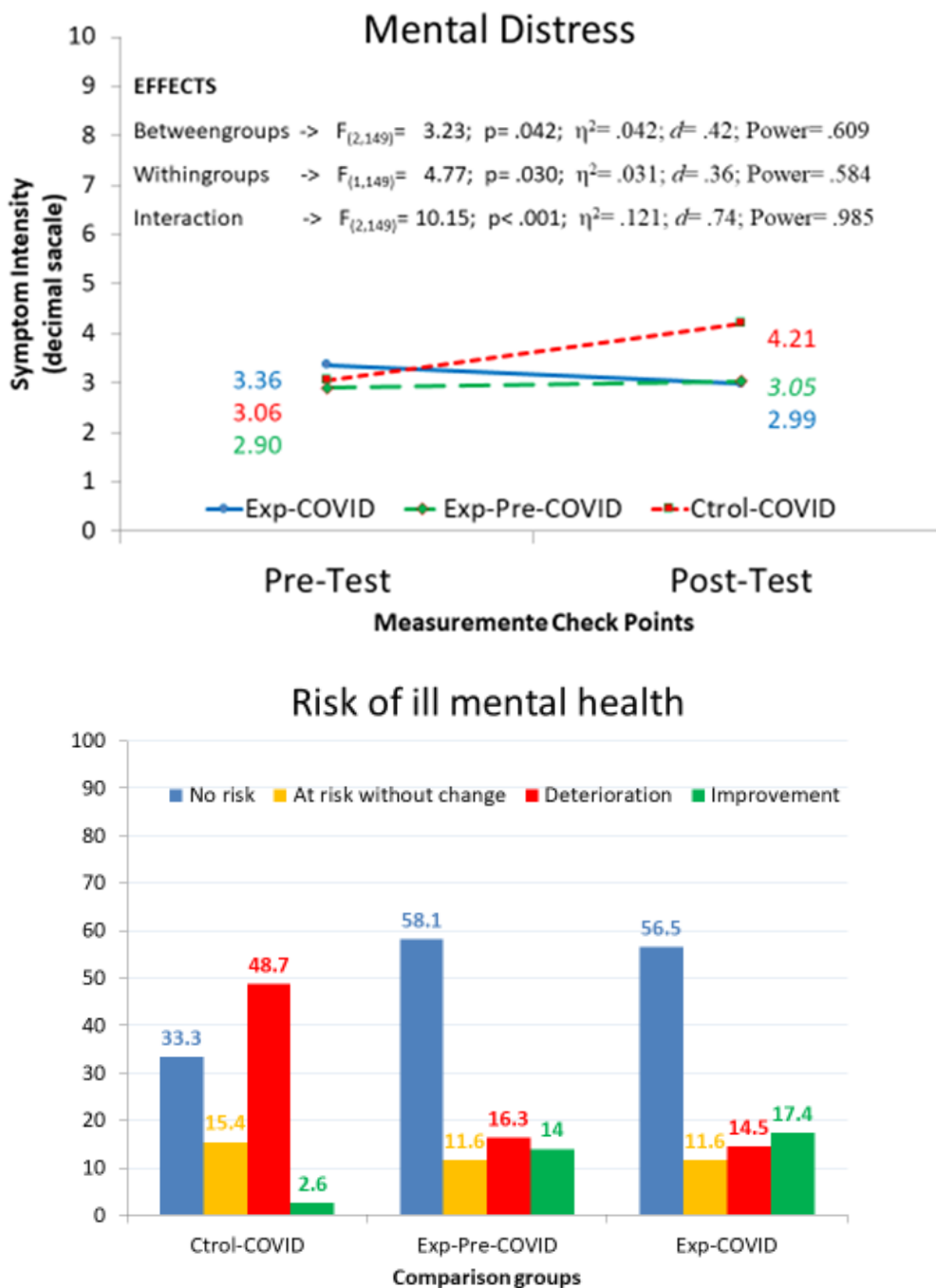
With regards to mental distress assessed with the GHQ-12, Figure 7.2 and Table 7.2 report the findings. The graph in Figure 7.2 shows changes in scores for the three groups. As with positive mental health, the average score of participants in the COVID intervention group shows a significant decrease in symptomatology and an increase for the other two groups, though small ($M_{Dif} = 0.15$) and non-significant for the pre-COVID intervention group. All effects have resulted statistically significant (between groups $F = 9.38$, $p = .042$, $\eta^2 = .042$; within groups $F = 4.37$, $p = .030$, $\eta^2 = .031$ and interaction effect $F = 10.15$, $p < .001$, $\eta^2 = .121$). Change (Table 7.2) also shows significant differences, being more notorious for the comparison between the COVID experimental group and the COVID control group ($g = 0.86$) than for the comparison between the COVID and pre-COVID interventions groups ($g = 0.64$).

As stated, the GHQ, using cut-off points, can also identify groups at risk. The second graph in Figure 7.2 shows the results when comparing the groups in terms of the changes (before and after the intervention), in the level of risk of ill mental health or psychological distress. Using a cut-off point of four or more symptoms, the prevalence of risk of ill mental health in the baseline for the three groups was 25.2%, with no significant differences between groups ($\chi^2 = 1.62$, $p = .445$). Fourth months later, differences in prevalence of risk were significant ($\chi^2 = 17.43$, $p < .001$), being 64.1% for the COVID control group, 27.9% for the pre-COVID intervention group and 26.1% for the COVID experimental group. The graph presents, for each group, the percentage of participants that resulted from the combinations of having or not having a risk of ill mental health before and after the intervention. As it can be seen, there is significant percentage (48.7%) of individuals in the COVID control group who experience deterioration (not at risk at base line but at risk at post-test) compared to 16.3% in the pre-COVID intervention group and to 14.5% in the COVID experimental group. Along the same lines, an improvement can be seen (at risk at pre-test and not

at risk at post-test) in the COVID experimental group (17.4%) compared with the pre-COVID intervention group (14%) and the COVID control (only 2.6%).

Figure 7.2:

Evolution of outcomes in mental distress and risk of ill mental health.



7.5 DISCUSSION

Testing the effectiveness of a manualized theory driven psychological intervention to help individuals improve their mental health and grow psychosocially was the initial objective of this project, and continued to be so despite the irruption of the pandemic. This goal was broadened to include the exploration of the effects of the international health emergency in a group of European college students and thus, data from a similar group in a pre-COVID situation were incorporated in the analysis. A brief comment follows regarding its effectiveness and the limitations of the study. Subsequently, the discussion will focus on the results associated with the pandemic.

The first two hypotheses were confirmed: the COVID intervention group showed increased levels of mental health and decreased levels of mental illness than the COVID control group. These results are in line with previous research on positive interventions (see Koydemir et al., 2020 for the latest meta-analysis). The effect sizes for subjective and psychological well-being and for mental distress were much higher than those reported by Hendriks et al.' meta-analysis (Hendriks et al., 2020) of 51 studies of multicomponent interventions. Therefore, it is believed that this program can be a contribution to current research on positive interventions in as much as it proposes a new theory driven multicomponent intervention that addresses the three components of positive mental health or flourishing. To the best of the authors' knowledge, interventions addressing the social dimension of well-being are almost non-existent. The focus in previous works has been subjective and psychological well-being (Koydemir et al., 2020; Weiss et al., 2016). This was an attempt to propose a comprehensive intervention including the social aspects. However, given that these are preliminary findings, much work is still needed to fully test the intervention, and thus these results should be taken with caution. Future research should include larger and varied samples, at least 6-month follow up measures, and a randomised allocation of

subjects to each condition, as well as other quantitative and qualitative data sources. For instance, in depth interviews or open-ended essays about the experience could shed light into the processes involved in change and growth. The role of variables that might influence the effectiveness of the intervention such as person-activity fit, duration, delivery format (Sin & Lyubomirsky, 2009), growth mindset (Howell et al., 2016) and other psychosocial variables like personality, hope, resilience and optimism, should also be explored.

Furthermore, in terms of limitations, although the different groups have shown equivalence in some of the sociodemographic variables as well as in the main variables in baseline, we cannot omit a possible limitation because of non-randomization of participants to each of the groups and the possible effects of participants' expectations regarding the benefits of the program. Besides, one should consider the possible existence of variables associated with the time of evaluation in addition to the pandemic; making comparisons across different time points can add uncontrolled error. Nevertheless, the equivalence found between the groups at pre-test, and the differences found support the findings of the present study.

The outbreak of the pandemic has brought to light the plausible effects of positive interventions in times of adversity. The third hypothesis regarding the expected lower levels of mental health improvement in the COVID intervention group compared with the pre-COVID intervention sample was not confirmed. Participants experienced growth and a decrease in levels of distress. Furthermore, improvements in mental health reached those attained by the group in a non-adversarial situation, and were even slightly higher. Research on positive change after trauma or adversity (Linley & Joseph, 2004) has documented higher levels of functioning after such experiences, though the evidence is limited (Jayawickreme et al., 2021). Without planning, participants were offered psychological resources to cope when most needed, and apparently, they

took advantage of them. Adding to the intervention, some environmental influences could also account for these results. The social situation facilitated exercising some of the topics addressed in the intervention. For instance, expressions of gratitude to essential workers, applauding every evening at the windows, became a personal commitment, and a new form of a community gathering. Also, the lockdown facilitated savouring simple valued activities, caring for others, finding meaning, reconnecting with old friends, or experiencing elevation and awe in the face of solidarity and altruism of many individuals. Given the naturalistic nature of this study, it is impossible to disentangle the contribution of the intervention and the situation. However, the COVID control group experienced the same context with no observable positive effects in the scores.

As pointed out by Linley and Joseph (2004), by facilitating growth, distress may be alleviated. The proportion of subjects that experienced reduced risk of ill mental health was significant in the intervention group, compared with the increase in such a risk for the COVID control group. Furthermore, risk reduction in this group was higher than in the group in the pre-COVID situation. Taking into account reports of negative psychological effects in quarantine situations (Brooks et al., 2020), these results point out to the effects of positive interventions in times of adversity. It seems these type of interventions can have a preventive, protective and even promotive effect. Therefore, programs are needed, not only to deal with the negative consequences of this type of situation, but also to protect and promote mental health and well-being. Organisations and mental health providers could deliver programs to address mental distress of their communities (Kelly, 2020), but if those programs have a focus on mental health and personal development, as Vinkers et al. (2020) suggested, they may have a more profound effect in the well-being of individuals.

Interventions can be conducted even in a quarantine situation, another relevant lesson from this experience.

As it pertains to the psychological effects of the pandemic, these results, even though based on a small sample, are in line with current findings worldwide. The COVID control group significantly decreased mental health and showed an alarming increase in psychological distress (more than 60% were at risk and of those, 48.7% had increased it). Thus, the two hypotheses regarding the deterioration of mental health and the increase in emotional distress in the COVID control group were confirmed. Along the same lines, higher levels of emotional distress during this pandemic have been reported for adolescents and youth (Liang et al., 2020; Zhou et al., 2020), young adults (Liang et al., 2020), college students (Baloran, 2020), and the general population (Sibley et al., 2020; Wang et al., 2020). Taking into account previous international data on the mental health status of college students (Auerbach et al., 2018), and calls for urgent action (El Ansari, 2014), higher education institutions should address an issue that will surely affect academic life in the near future, not only students but also staff. In fact, it should be mentioned that the facilitators of the intervention also reported benefitting from it, a non-scientifically documented collateral benefit of the program that might deserve future research to assess the effects of psychological interventions upon practitioners.

In sum, it is believed that this study contributes to the current literature on the pandemic illustrating the preventive, protective and promotive effects of a positive intervention in times of adversity, as well as a risk mitigation effect. In the past two decades, researchers, academicians and policy makers have been rethinking health, incorporating the psychosocial, cultural and spiritual dimensions. The management of this worldwide crisis, as WHO has pointed out (World Health Organization (WHO), 2021), requires an overarching approach that incorporates mental

health prevention and promotion. Well-being and even flourishing of the general population, especially children, youth, elders, and disadvantaged groups should be addressed if psychology, as a discipline and a profession, wants to fulfil its mission and contribute to the welfare of humankind in these truly challenging times

**8. EFFECTS OF A MULTI COMPONENT POSITIVE INTERVENTION TO
CULTIVATE MENTAL HEALTH IN OLDER ADULTS³**

³ This manuscript has been accepted for publication: Sarrionandia, S., Gorbeña, S., Gómez, I., Penas, P., Macía, .P. & Iraurgi, I. (2022). Effects of a multi component positive intervention to cultivate mental health in older adults. *Clinical Interventions in Aging*.

8.1 ABSTRACT

Introduction: Psychological interventions to cultivate mental health in older adults are scarce and tend to focus on and use a limited number of activities. The aim of this study was to test the effects of an intervention based on Keyes' concept of positive mental health. *Method:* The intervention was conducted with 24 self-selected participants, while 34 were part of the control group. Positive mental health and distress outcomes were measured at baseline and at the end of the intervention. ANCOVA analysis and effect sizes were calculated. *Results:* Results showed that the intervention increased mental health ($F= 18.22, p<.001, \eta^2= .334, d= 1.45, \text{power}= .986$) and decreased psychiatric symptomatology in the experimental group versus control group ($F= 7.07, p= .011, \eta^2= .16, d= 0.87, \text{power}= .736$), which showed no change. *Discussion:* Despite study limitations, the intervention effectively promoted older people's well-being. Future research, should evaluate the long-term effects of the intervention with varied older adult populations.

Keywords: Psychological interventions; positive mental health; older adults; effectiveness.

8.2 INTRODUCTION

The conceptualization of aging has undergone significant changes in the past two decades. The World Health Organization (WHO) defined active aging as '*the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age*' (WHO, 2002, p. 12). Due to the increase of life expectancy and the improvement of life quality, people over 60 years are rapidly increasing their numbers. Research on aging has pointed out the differences between pathological and non-pathological aging, and has also defined successful aging (Rowe & Kahn, 1997). This process includes, not only preventing physical diseases, but also promoting positive attitudes and life engagement as individuals and as a part of society (Rowe & Kahn, 2015).

Some studies (Ranzijn, 2002) remarked how positive psychology can be used to improve this population's aging conditions. In particular, some positive interventions had been applied to old adults and elders. According to Diener and Chan (2011), the interventions targeting later adulthood are now trying to promote personal, physical and psychological strengths, instead of working on pathologies and illnesses. Positive interventions have gained much relevance by promoting the importance of well-being. However, most interventions focused on a single activity such as reminiscence, life review, gratitude and meaning (Avia et al., 2012; Diener & Chan, 2011). In fact, Sutipan et al. (2017) reviewed eight studies with elders and found that the reminiscence intervention was the most widely used. Our literature review found only three studies that have investigated the effect of a multidimensional intervention. Ho and colleagues developed a multicomponent intervention covering topics such as happiness, gratitude, optimism and meaning, among others, and tested it in a sample of 74 older adults from Hong Kong (Ho et al., 2014). They found significant decreases in depression and increases in life satisfaction, gratitude and subjective happiness. In addition, Ortega et al. (2015) tested an intervention that worked on happiness, autobiographical memories, gratitude, forgiveness and humor. Their results showed increases in subjective happiness, life satisfaction, purpose in life, and gratitude and decreases in depressive symptoms. Finally, Jiménez et al. (2016) also developed a multicomponent program with nine sessions that produced changes in happiness but not in positive affect or optimism.

In a similar vein, most studies have chosen, as outcome variables, specific psychological constructs like life satisfaction, happiness, subjective well-being, positive affect and optimism, and not an overarching construct of well-being. As Araujo et al. (2017) pointed out in a scoping review of 44 articles, non-used a comprehensive measure of well-being. They pointed out the need to

'develop empirically validated interventions aimed to promote flourishing in older adults' (Araujo et al., 2017, p. 575).

Finally, several voices (Parks & Biswas-Diener, 2013; Wong & Roy, 2018) have warned about the lack of a unifying conceptual framework in the arena of positive interventions, and the fact that many interventions were designed without a background theory. However, in recent years, some proposals have been advanced. Keyes' (2002, 2003) theory of complete mental health seems especially suitable to inform positive interventions. He described positive mental health or flourishing as something different from the mere absence of mental illness, and operationalized it as a syndrome of symptoms of positive feelings and positive functioning. Subjective or emotional well-being (positive emotions and life satisfaction), psychological well-being (self-acceptance, positive relations with others, personal growth, purpose in life, environmental mastery and autonomy) and social well-being (coherence, actualization, integration, acceptance and contribution) are the three components of mental health. Keyes defined flourishing as a state characterized by high levels of well-being, *'a state in which an individual feels positive emotion toward life and is functioning well psychologically and socially'* (Keyes, 2003, p. 294) and its opposite as languishing. His research has tested the theory with ample samples in different countries, including older adults (Snowden et al., 2010). Keyes argues that positive mental health is susceptible of change throughout the life cycle and that programs should be developed to protect and promote health (Grzywacz & Keyes, 2004; Keyes, 2007, 2010, 2013b).

In an attempt to remedy this lack of theoretical foundation, Gorbeña et al. (2021) developed a multi-component intervention based on this construct and results with young adults indicated that the intervention was effective. The intervention, described in the next section, is, to the best of our knowledge, unique in that it addresses subjective, psychological and social well-being and avoids

a focus on changing maladaptive behavioral patterns as other multi-component interventions do. For instance, Friedman et al. (2017) focused only in psychological well-being, and used CBT to work on cognitive restructuring.

In sum, the goal of this study was to test the intervention in a sample of older adults. The first hypothesis stated that participants would improve their scores in positive mental health after the intervention compared to controls. The second hypothesis proposed that participants would reduce their scores in psychological distress after the intervention compared to controls.

8.3 METHOD

8.3.1 Participants

Participants were recruited at a medium-size university in the Adult Continuing Education Program. It is a convenience sample of 58 individuals. Ages ranged from 45 to 75 years old ($M=64.3$; $SD=6.67$), 69% were females, 53% were married, 41% had some chronic health condition, and 5% reported a disability. Twenty-four participants registered in the well-being and personal development workshop, and 18 completed the intervention and the posttest. The control group included 34 participants who enrolled in a course on culture and humanities in the same program; of those, seven cases were lost in the posttest. An analysis of differences at baseline between the two groups in the sociodemographic and health variables showed no statistical significant differences (Age: $t=0.86$, $p=.392$, $M(SD)$ Intervention= $65.26(6.93)$ vs $M(SD)$ Control= $63.71(6.51)$; Gender: $\chi^2(2)=0.07$, $p=.796$, Female 70.8% vs 67.6%; Civil status: $\chi^2(2)=1.35$, $p=.246$, Married status 62.5% vs 47.1%; Chronic health condition: $\chi^2(2)=0.01$, $p=.970$, 41.7% vs 41.2%; Disability: $\chi^2(2)=2.23$; $p=.135$, 0,0% vs 8.7%).

8.3.2 Instruments

Participants completed, at pre and posttest, five standardized instruments to obtain a measure of subjective, psychological and social well-being, and of psychological distress. Time lapse between measurement times was 10 weeks. A brief description of the instruments follows.

Satisfaction with Life Scale-SWLS (Diener et al., 1985) adapted to Spanish by Vázquez et al. (2013). The scale consists of five items with a seven-point response format, from zero “*strongly agree*” to six “*strongly disagree*”, and an overall score ranging from a minimum of zero to a maximum of 30 points is obtained. It is a sound and widely used measure; the internal consistency in the Spanish adaptation was .88, and the convergent validity was assessed by performing Pearson bivariate correlations, obtaining $r = .44$, $p < .01$ with a measure of subjective happiness; and $r = .31$, $p < .01$ with a social support measure. In this study, the alpha was .82.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) developed by Diener and colleagues (2010) as a measure of the amount of time positive and negative emotions are experienced in the past four weeks. The scale consists of 12 items, with a response format ranging from one (*very rarely or never*) to five (*very often or always*), and an overall score ranging from a minimum of six to a maximum of 30 points is obtained for each of the affect scales. It yields three scores: positive, negative, and balance affect, but only the positive affect score was used in this study. Cronbach Alpha for the positive affect scale was .87 in the original study, .86 in the Spanish adaptation (Espejo et al., 2020) and .88 in this study. The convergent validity showed a significant correlation with satisfaction with life ($r = .711$, $p < .001$) and positive affects in the PANAS positive affects scale ($r = .684$, $p < .001$) (Espejo et al., 2020).

Psychological Well-Being Scales developed by Ryff (1989) and adapted to Spanish (Díaz et al., 2006). The scales measure six dimensions of psychological well-being: self-acceptance, positive

relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. This version consists of 39 items with a six-point Likert scale response, from zero “*strongly agree*” to five “*strongly disagree*”, and an overall score ranging from a minimum of zero to a maximum of 195 points is obtained. The scales are considered a sound measure of positive functioning in the eudaimonic tradition of well-being research (Keyes, 2013b; McDowell, 2010). As an indicator of psychological well-being, the score resulting from the average sum of the items was used. The original scales showed a test-retest reliability between .81 and .85 and the adaptation showed an internal consistency between .68 and .83 in the sub scales. The alpha in the present study was .90.

Social Well-Being Scales by Keyes (1998). This instrument was adapted to Spanish in 2005 by Blanco and Diaz. It measures five dimensions of social well-being: integration, acceptance, contribution, coherence and actualization. The scale includes 33 items, with a five-point response format, from zero “*strongly agree*” to four “*strongly disagree*”, and an overall score ranging from a minimum of zero to a maximum of 132 points is obtained. The Spanish version eliminated eight items of the original scale, but given that the adaptation utilized a small non-representative sample, all the items of Keyes’ original scale were included. In the Spanish adaptation, all sub scales showed a negative and significant correlation with the factor of anomia (between $-.18$ and $-.38$, $p < .01$) and a positive and significant correlation with social action (between $.15$ and $.44$, $p < .01$). The original scale showed an internal consistency between $.57$ and $.81$ in the sub scales, and the alpha for the total scale in this study was $.88$.

General Health Questionnaire (GHQ-12) (Golberg & Hillier, 1979). It is a short screening instrument for common mental disorders developed by Goldberg and Hillier. Participants have to report how often they have experienced a series of symptoms in the last few weeks. The 12 items present a Likert type response format with a range of responses from zero (*better than usual*) to

three (*much worse than usual*), and an overall score ranging from a minimum of zero to a maximum of 36 points is obtained. The Spanish adaptation (Lobo et al., 1986; Sánchez-Lobo & Dresch, 2008) showed an adequate internal consistency with a Cronbach's alpha of .76, and a correlation with the ISRA inventory for anxiety of $r = .57, p < .001$. In this study, the alpha obtained was .86.

8.3.3 Procedure

The research was performed in accordance with the Declaration of Helsinki. The study secured the approval of the Board of Research Ethics of the University of Deusto and all participants signed an informed consent, received a numerical code to anonymize the data, and did not obtain any credit for their collaboration. Two facilitators (female and male, one a certified clinical psychologist) simultaneously conducted the intervention with two groups of 12 participants each.

The Personal Development and Well-Being Program (Gorbeña et al., 2021) is an intervention developed after Keyes' concept of positive mental health and thus it attempts to cultivate subjective, psychological and social well-being. A detailed manual describes the program and the materials used. It includes a section on facilitators' training and supervision. Facilitators should have a minimum of a master's level training in psychology and should complete an eight-week experiential training module that requires the completion of all the activities presented in the program. Two-hour supervision session takes place after each session to review the work done and prepare the forthcoming session.

The intervention consists of eight weekly sessions of two hours of duration. Each session presents a different topic using a combination of group or dyadic dialog, brief presentations, audiovisual material, exercises and tests, and testimonies. One third of the sessions were devoted to reviewing the homework assignment of the previous week. Participants received a folder to keep

all the materials and a Well-being Notebook to use throughout the experience. A brief outline of the sessions appears in Table 8.1. Upon completion of the program, all participants completed the posttest measures described.

Table 8.1:

Personal development and well-being program: Summary of sessions.

Session Title	Main topics	Homework assignment
Well-being and personal development	Expectation, norms and commitments Personal beliefs about happiness, well-being and personal development. Well-being incremental mind-set	Identifying a personal source of well-being
Positive emotions	Positive and negative emotions. Functionality of positive emotions Strategies to cultivate positive emotions	Three good things
Personal and social gratitude	Meaning of gratitude Gratitude to society Planning the gratitude letter and visit	Thanks Europe! Gratitude letter and visit
Personal Strengths	Personal strengths: insights and VIA test	Checking my strengths with significant others
Meaning and purpose in life	Diversity of meanings and purposes Reflection on meaning	Taking meaningful pictures
Personal Growth	Personal Growth Initiative The comfort zone	Out of my comfort zone
Summary	Compilation of learning and experiences Final group creative activity Recommendations for continued work	Final essay

Given the mean age of the group, the original program was adapted and the session on future life goals eliminated. This session, based on King's (2001) work, asks participants to envision and write about the best possible self in ten years, in different life domains. The activity has been mainly used with young adults and students (Loveday et al., 2018) and some authors (Parks & Biswas-Diener, 2013) have pointed out uneasiness of participants faced with this challenge and others have underscore the need to validate the exercise with older adults (Meevissen et al., 2011).

We assumed that this exercise, for people of an average age of 65, might not be adequate and thus precaution and participants' well-being were favored.

8.3.4 Data analysis

Scores for subjective, psychological, and social well-being were created from the specific questionnaires of each construct and following the indications of the authors. The variables were transformed into a decimal scale using the following algorithm: $([\sum x_i - \min] * [10/\max - \min])$, being $\sum x_i$ the sum of the scores of the items that compose the instruments, and min and max are the minimum and maximum values of the possible range. A higher score expressed a greater presence of the assessed construct. For example, a score of '100' on the Ryff scale would be equivalent to a score of '5.12' on the decimal scale: $([100-0] * [10/195-0] = 100 * 0.0512 = 5.12)$.

Following Keyes (2002), subjective well-being was the mean average of the Positive Affect subscale of the SPANE instrument, and the Life Satisfaction measure. Psychological well-being was the sum of the items of Ryff's instrument. Social well-being resulted from the addition of the items of Keyes' scale. The positive mental health variable was created calculating the average sum of the three well-being indicators. The same procedure was used to obtain the mental distress variable using the GHQ-12.

To describe data, means (M) and standard deviations (SD) were used for the scale variables, and percentages (%) for the nominal variables. The normality of the distributions was verified with the Kolmogorov-Smirnov test and the spherical assumption of the variance-covariance matrix was checked with the Mauchly's W test. T test for independent samples was used to analyze differences in base line between the intervention and control group, and to determine differences between present and lost cases. Subsequently, t test for paired samples for the pre post-test comparisons was conducted, with robust corrections in case the assumption of homoscedasticity was not met.

To estimate effect sizes of mean differences, Cohen's d coefficient was calculated, as suggested by Lakens (2013). A commonly used interpretation is to refer to effect sizes as small ($d= 0.2$), medium ($d= 0.5$), and large ($d= 0.8$) based on benchmarks suggested by Cohen (1988). In order to compare proportions, Chi squares were used.

Finally, the effects of the design utilized (comparison of two groups with pre-post-facto measures) were jointly analyzed using ANCOVA and calculating intergroup, intragroup and interaction effects (F test), taking as an estimate of the effect size the eta square coefficients (η^2). Sociodemographic variables (age, sex, marital status, chronic health condition and disability) have been introduced into the ANCOVA models as covariates in order to control the effect over the treatment outcomes. The datasets used during the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

8.4 RESULTS

Preliminary analyses aimed at checking whether there were differences between cases included in the study and participants lost to follow-up, both in the intervention and control groups (Table 8.2). The comparison showed no statistical significant differences in any of the five outcome variables, a finding that allowed for the elimination of one possible source of bias in the study.

Table 8.3 summarizes descriptive results of both groups at base line, and the contrast of means and effect sizes of the differences. There are no statistical significant differences in social well-being ($t= -1.52$, $p= .134$). However, differences were found for subjective well-being, psychological well-being, positive mental health, and the GHQ, with effect sizes ranging from moderately high ($d= 0.66$ and 0.69 for the GHQ and psychological well-being, respectively) to high ($d= 0.94$ and 0.98 for positive mental health and subjective well-being). Base line scores in

the control group were higher for positive mental health and lower for psychological distress, an outcome expected due to the self-selected nature of the recruitment procedure.

Table 8.2:

Comparisons at base line of present and lost cases: outcome variables on a decimal scale.

	Intervention group						Control group					
	Present (n= 18)		Lost (n=6)		<i>t</i>	<i>p</i>	Present (n=27)		Lost (n=7)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
Subjective Well-being	5.82	1.51	6.05	0.89	-0.35	.731	7.15	1.22	6.97	0.86	0.34	.739
Psychological Well-being	6.48	1.01	6.21	1.28	0.54	.596	7.09	0.97	7.16	1.14	-0.18	.859
Social Well-being	5.03	0.83	5.03	1.13	-0.01	.999	5.41	0.74	5.18	0.87	0.70	.489
Positive Mental Health	5.78	0.90	5.76	0.96	0.35	.973	6.53	0.75	6.49	0.66	0.12	.907
GHQ-12	3.37	1.29	3.19	1.12	0.31	.758	2.39	0.96	2.73	2.51	-0.35	.736

Note.- M: Mean; SD: Standard Deviation; *t*: t-test; *p*: probability value.

Table 8.3:

Comparisons in base line of intervention and control groups: outcome variables.

	Intervention group (n=24)		Control group (n= 34)		Statistic test		
	M	SD	M	SD	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Subjective Well-being	5.88	1.37	7.11	1.15	-3.70	<.001	0.98
Psychological Well-being	6.41	1.07	7.10	0.98	-2.54	.014	0.69
Social Well-being	5.03	0.89	5.36	0.76	-1.52	.134	0.40
Positive Mental Health	5.77	0.89	6.52	0.72	-3.54	<.001	0.94
GHQ-12	3.33	1.23	2.46	1.37	2.48	.016	0.66

Note.- M: Mean; SD: Standard Deviation; *t*: t-test; *p*: probability value; *d*: Cohen's *d* coefficient.

Table 8.4 presents change scores (M_{Dif}) between post-test and base line for each group. In general, scores show a change in the direction of an improvement, compared with base line, but none is significant in the control group, indicating stability in well-being, positive mental health and psychological distress. However, differences are significant in the intervention group in all variables, with notable ($d= 0.83$ for positive mental health) and moderate to high (d values between 0.41 and 0.74) effect sizes. It should be noted that the GHQ shows a reduction in the intervention group ($M_{Dif}= -0.76$, $p= .004$, $d= 0.60$) compared with a non-significant increase in the control group ($M_{Dif}= 0.17$, $p= .471$, $d= 0.14$).

Table 8.4:

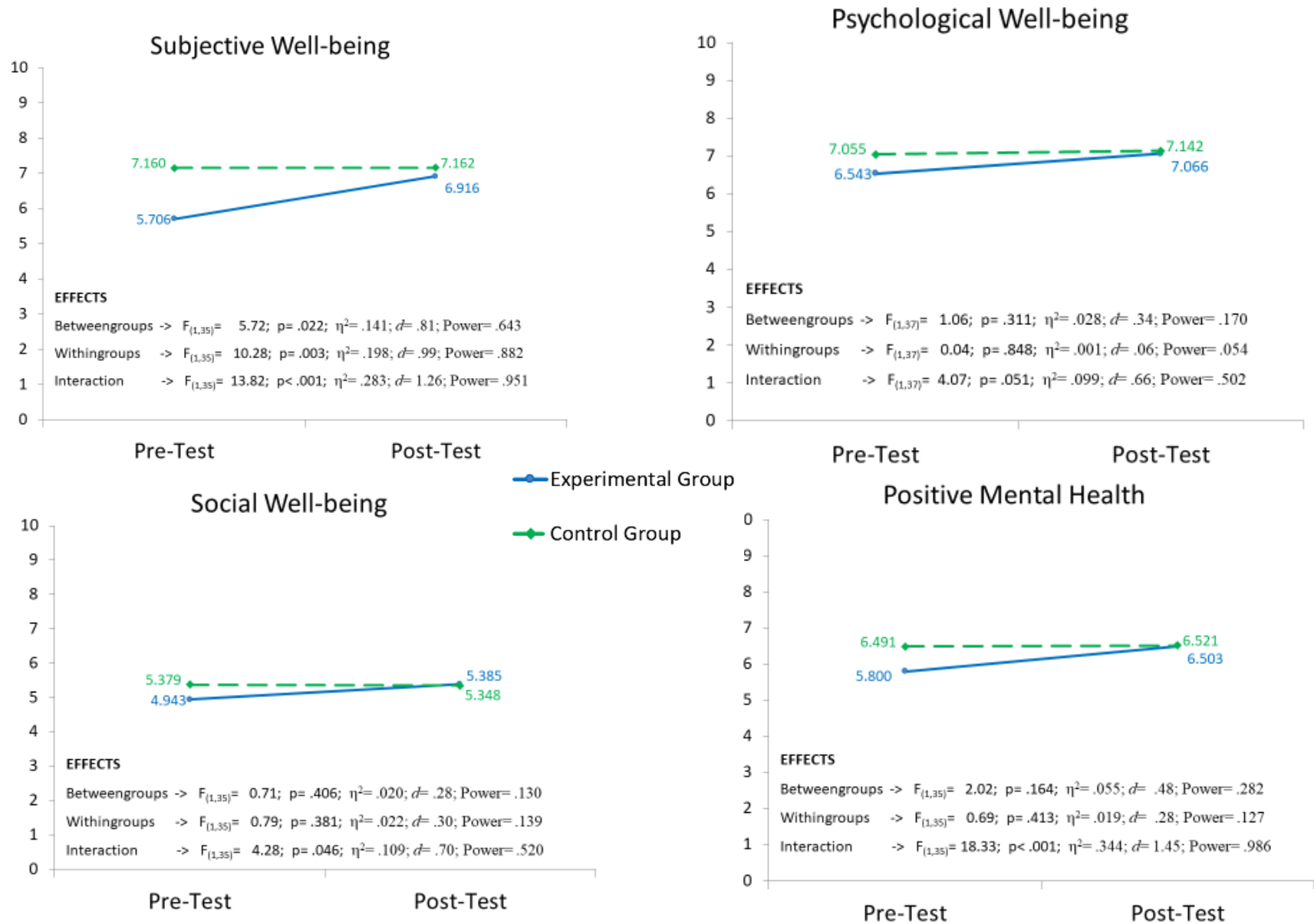
Pre-post test change in intervention and control groups: mean differences and effect sizes.

	Intervention group (n= 18)					Control group (n= 27)				
	M_{Dif}	SD_{Dif}	t	p	d	M_{Dif}	SD_{Dif}	t	p	d
Subjective Well-being	1.03	1.24	3.51	.003	0.74	0.08	1.01	0.41	.684	0.07
Psychological Well-being	0.54	0.61	3.72	.002	0.67	0.07	0.64	0.64	.527	0.08
Social Well-being	0.37	0.70	2.22	.040	0.41	0.02	0.62	0.20	.841	0.04
Positive Mental Health	0.65	0.49	5.50	.001	0.83	0.07	0.56	0.64	.531	0.09
GHQ-12	-0.76	0.97	-3.29	.004	0.60	0.17	1.24	0.73	.471	0.14

Note.- M_{Dif} : Mean Differences; SD_{Dif} : Standard Deviation of Differences; t : t-test; p : probability value; d : Cohen's d coefficient.

Subsequently, a repeated measures analysis of variance was conducted, as depicted in Figure 8.1 and 8.2, along with the statistical tests. Positive mental health showed more improvement in the intervention group than in the control group, with statistically significant ($p < .001$) interaction effects ($\eta^2 = .334$, $d = 1.45$, power = .986). A similar effect can be observed in psychological well-being and social well-being, even though the difference is small. The strongest effect of the

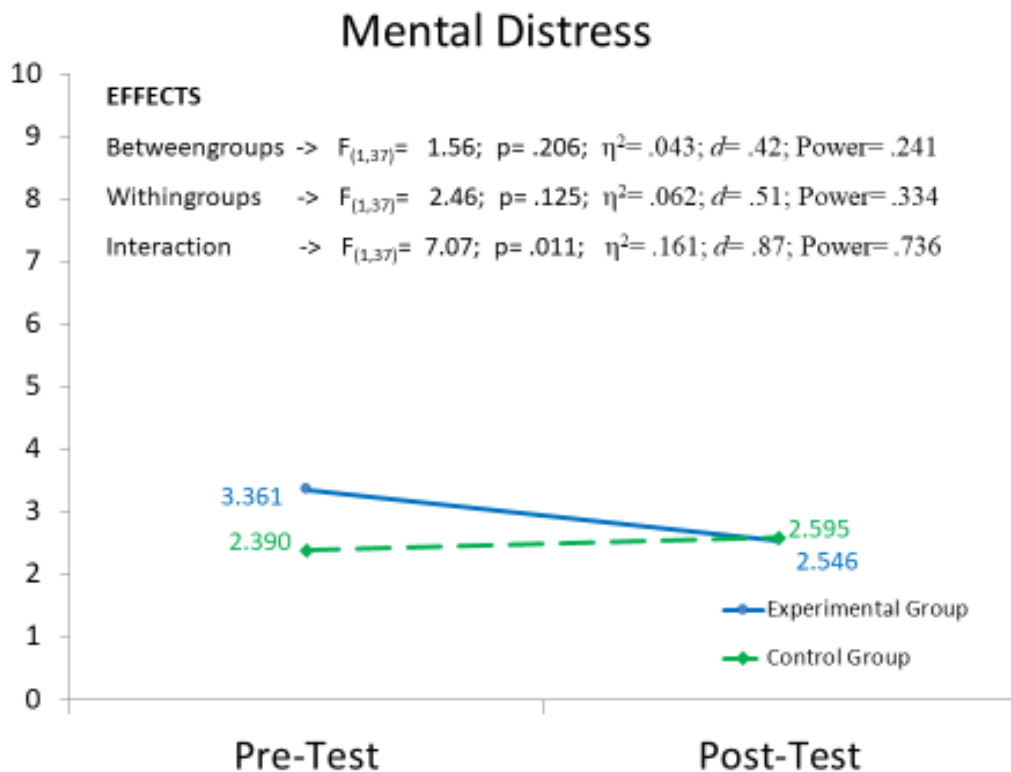
Figure 8.1:
Evolution of outcomes in well-being indicators and positive mental health.



intervention can be seen in subjective well-being, where all the comparison effects are significant (inter group: $F= 5.72$, $p= .022$, $\eta^2= .14$, $d= 0.81$; intra group: $F= 10.28$, $p= .003$, $\eta^2= .198$, $d= 0.99$; interaction: $F= 13.82$, $p< .001$, $\eta^2= .283$, $d= 1.26$, power= .951). These results indicated increased improvement in the intervention group, even though scores are still below the control group.

Figure 8.2:

Evolution of outcomes in mental distress.



As it regards the GHQ (Figure 8.2), both groups had scores below 3.5, indicating a low presence of symptoms of emotional distress. There are not inter or intra group differences, but there is an interaction effect ($F= 7.07$, $p= .011$, $\eta^2= .16$, $d= 0.87$, power= .736), showing a bigger deceleration slope of distress in the intervention group at post-test.

8.5 DISCUSSION

The main objective of this study was to test the effectiveness of a multicomponent intervention, based on the construct of positive mental health with older adults. This framework considered positive mental health as a state composed by three different types of well-being (subjective, psychological and social), and it also considered mental distress as a factor that hinders mental health (Keyes, 2002, 2003).

The outcomes of the study show an important improvement in all self-reported measures for the experimental group: subjective, psychological and social well-being outcomes were higher after the intervention, and the level of mental distress reported was lower. Those differences were not found in control group, whose mental health level remained the same after eight weeks. The results for subjective and psychological well-being are consistent with previous interventions in mental health with older adults (Friedman et al., 2019; Ho et al., 2014; Ortega et al., 2015).

The reduction of mental distress symptoms observed is also in accordance with some previous studies that tested the reduction of depression, anxiety or stress in elder population after a positive psychological intervention (Durgante & Dell'Aglio, 2019, Friedman et al., 2017). The main effects sized found for mental health and reduction of mental distress were medium and big effects.

A remarkable contribution of the intervention is to include and evaluate social well-being as part of positive mental health in older adults. The results on the post-test show that the experimental group increased significantly its reported social well-being, while control group suffered no variation. This outcome measure was also used in Friedman et al. (2017) with some significant improvements that are in line with the results of this study. However, they only evaluated the subscales of social integration and social contribution, which are only two of the five Keyes' scales used in the current study.

Although these preliminary results suggest that the intervention designed could be a resource to promote mental health in older adults, some consideration must be taken into account. As far as this is the first application to this age group, some issues should be considered. The session concerning future-self and life goals was omitted because of the characteristic of the group. Instead, a session about reminiscence exercises or life-review could be included, following Sutipan et al.'s (2017) suggestion about the effect of those activities in this age group. Similarly, other validated activities could be included. For instance, act of kindness can affect the three dimensions of well-being, given that it has been proved that it produces increases in subjective well-being and might have an impact in some dimensions of psychological well-being (i.e. self-acceptance, positive relationships and purpose in life). Cultivating kindness can also foster social well-being and could impact in social contribution and social integration (Buchanan & Bardi, 2010; Fredrickson et al., 2008).

Other limitations in this study include the differences that control and experimental groups showed at baseline. Even if there were not differences in sociodemographic variables and social well-being, the control group reported higher scores in subjective and psychological well-being. This could be because participants on the experimental group were self-selected. Besides, this self-selection could also affect experimental group's expectations about the intervention and its success. The motivation to improve that the group had may have affected their improvement in the post-test, as suggested by Sin and Lyubomirsky (2009). Future research should include a larger randomized sample, 6-month follow up measures, and the analysis and control of other variables that might be affecting group's improvement.

To sum up, research (Diehl et al., 2020; Rowe & Kahn, 1997) has pointed that interventions with old adults and elders should not only encompass the avoidance of mental and physical disease,

but also promote positive human functioning and growth in later life. In this context, positive psychological interventions seem to be a useful tool (Ranzijn, 2002), though much work is still ahead to empirically validate the interventions and elucidate the processes and mechanism of change involved. The proposal by Gorbeña et al. (2021) merits further work and adaptations to foster the well-being of older adults.

9. DISCUSIÓN GENERAL

9.1 DISCUSIÓN GENERAL

El cambio en las definiciones de salud y la aparición de corrientes orientadas a potenciarla desde un punto de vista positivo –en lugar de mediante el tratamiento de sintomatología negativa –ha dado lugar a la creación de numerosas intervenciones psicológicas positivas. Sin embargo, la revisión previa de la literatura ha permitido concluir que pocas de estas intervenciones tienen un marco teórico sólido que las sustente. Incluso la psicología positiva, que se ha definido como una corriente pionera a la hora de crear y aplicar herramientas para potenciar el bienestar y que incluye sólo una parte de las intervenciones orientadas a potenciar el bienestar que existen en la actualidad, ha construido su modelo teórico tras las evidencias sobre la eficacia de sus intervenciones. El modelo PERMA creado por Seligman (2011) ha ido construyéndose desde la evidencia de lo que el mismo autor llamó psicoterapia positiva años antes (Seligman et al., 2006), en lugar de basar la práctica en un modelo teórico preexistente.

La revisión sistemática realizada con el objetivo de evaluar los modelos teóricos presentes en las intervenciones en psicología positiva ha permitido concluir que la mayoría de ellas carecen de un modelo sólido. Los efectos positivos hallados en las anteriores aplicaciones de las actividades y herramientas han provocado que muchas de las investigaciones y estudios se hayan centrado en replicarlas, si bien no se han planteado adecuadamente los objetivos y las bases teóricas para justificar dichas intervenciones. Algunos ejemplos de ello se han encontrado en la revisión sistemática (e. g. Asl et al., 2014; Dowlatabadi et al., 2016; Khayatan et al., 2014), donde las características de las intervenciones en psicología positiva (bajo coste y duración media entre otros) y los resultados significativos previos son la justificación para aplicar la intervención a nuevos colectivos (mujeres infértiles, pacientes de cáncer de mama y personas con esclerosis múltiple, respectivamente) sin necesidad de definir o formular las variables que forman el

constructo del bienestar y la salud mental, y que por tanto deberían articular u orientar el objetivo del trabajo en las sesiones (Duarte, 2014).

Sólo algunos de los estudios recogidos en la revisión plantean una definición operativa de la salud desde el punto de vista del bienestar e incluso, en el caso de estos trabajos, la mayoría tienen una visión hedónica del mismo combinada con algún elemento eudaimónico como el sentido vital u objetivos vitales (Boniwell et al., 2016; Cerezo y Ortiz-Tallo, 2014; Shoshani & Steinmetz 2014; Vela et al., 2019). Algunos trabajos previos (e. g. Ellis & Becker, 1982; Fordyce, 1977; Frisch, 1998) ya plantearon intervenciones que, sin denominarse psicología positiva, se orientaban a promover la salud y el bienestar. Entre ellos destaca el trabajo de Fava (1999) basado en el modelo de Carol Ryff (1989), que ha servido como base para otros trabajos incluidos en la revisión (Kulbaş & Özabacı, 2021; Ruini et al., 2009; Tomba et al., 2010).

Sin embargo, incluso los trabajos que plantean modelos teóricos más sólidos, ponen su foco en una definición de bienestar que incluye la visión hedónica y psicológica, pero la dimensión social apenas está presente en ninguno de ellos. Únicamente se han encontrado cuatro estudios que destaquen en su planteamiento teórico la importancia de la dimensión social: en primer lugar, la intervención planteada por Cantarella y colaboradores (2017) incluye la contribución a la comunidad como un elemento del bienestar. Sin embargo, no incluye una medición en sus resultados para comprobar si esta sensación de contribución cambia tras la aplicación de la intervención. En segundo lugar, el estudio realizado por Veltro y colaboradores (2015) plantea su modelo desde la definición del Plan Europeo de Salud (WHO, 2005), donde el bienestar social está incluido, pero no describe herramientas ni actividades para trabajar el mismo. El tercer estudio, realizado por Appiah y colaboradores (2020), introduce el modelo de salud mental positiva de Keyes (2007, 2013a), así como una herramienta para medir las tres dimensiones de bienestar, con

resultados prometedores en la mejora de esta dimensión. Finalmente, destaca el trabajo planteado por Key-Roberts (2009), en el que se identifica la dimensión social y se ofrecen resultados de la misma. Estos, sin embargo, no resultan significativos.

El modelo de Salud Mental Positiva de Corey Keyes (2007, 2013a) ofrece un marco teórico sólido, abarcando las tres dimensiones de bienestar (subjetivo, psicológico y social). Es por eso que se ha considerado un modelo que puede ser utilizado como base para la creación de una intervención en la que las actividades y herramientas seleccionadas se enfoquen en la potenciación de las dimensiones descritas por este autor. La formulación por parte de Keyes de las hipótesis de promoción y protección de la salud⁴, se comprobó en un estudio longitudinal realizado en 2010. En él se ofrecen evidencias de que la ausencia de salud mental positiva era un predictor para futuras enfermedades mentales tan potente como haber tenido una enfermedad mental en el pasado (Keyes, 2010). A través de este estudio, Keyes reafirma la importancia de desarrollar herramientas e intervenciones que no estén orientadas a tratar la sintomatología una vez ya está presente, y propone que el reto para futuros investigadores consistiría en lograr que un mayor número de gente se mantenga o alcance el florecimiento (Keyes, 2010). La intervención utilizada en esta tesis toma como base esta propuesta para construir las diferentes sesiones y temáticas a tratar durante la intervención, centrándose en la promoción y protección de la salud mental positiva.

La importancia que este modelo otorga a la dimensión social, a las relaciones positivas y al impacto que tiene la evaluación que un individuo hace sobre su papel en la sociedad en su propia salud mental (frente a anteriores planteamientos más centrados en aspectos psicológicos

⁴ La *hipótesis de la promoción* postula que aumentar los niveles de salud mental positiva ayudaría a disminuir el riesgo de padecer enfermedades mentales; mientras que la *hipótesis de la protección* postula que una pérdida en los niveles de salud mental positiva aumentaría el riesgo de desarrollar enfermedades mentales.

individuales), impele a que se plantee un modelo de intervención grupal. Estudios anteriores han demostrado que las intervenciones pueden tener resultados positivos tanto en su aplicación grupal como individual, más que en su auto-aplicación (Carr et al., 2021). Sin embargo, mediante la creación de una dinámica de grupo se potencia el *feedback* positivo de los iguales, y el aprendizaje vicario (Bandura, 1984).

La intervención que sustenta la presente tesis apuesta también por un acercamiento multicomponente frente a la selección de una única temática de trabajo. En revisiones anteriores con intervenciones positivas tanto multicomponente como unicomponente, las primeras han demostrado tener mejores resultados (Carr et al., 2021)

Desde esta concepción de salud positiva, y diseñada la intervención en los postulados descritos, nuestro objetivo ha consistido en valorar la implementabilidad, eficacia y efectividad de esta intervención psicológica orientada a potenciar la salud mental positiva desde el punto de vista de bienestar hedónico, eudaimónico y social. Para lograrlo, se han diseñado tres estudios, cada uno con un objetivo específico.

El objetivo del primer estudio planteado fue evaluar la implementabilidad de la intervención. para ello se planteó un estudio piloto con población universitaria, en el que se esperaba que los participantes mejoraran sus niveles de salud mental positiva tras la realización de la intervención, y que estas mejorías se mantendrían seis meses después de finalizar la misma. Los resultados permiten confirmar la aplicabilidad e implementabilidad de la intervención diseñada por Gorbeña (2021), así como la confirmación de que los niveles de bienestar subjetivo, psicológico y social de los participantes mejoraron tras la participación en la misma.

Mediante el primer estudio, se ha podido evidenciar que el diseño de la intervención ha mostrado ser adecuado para la población objetivo. A este respecto, las encuestas sobre salud mental

desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud recogieron información de ocho países, entre ellos España, y 19 universidades. Entre los 13.984 estudiantes que respondieron a estar encuestados, el 35% reportó haber sufrido al menos uno de los trastornos planteados en el listado, siendo el más frecuente el trastorno por depresión mayor (21.2%) seguido por el trastorno de ansiedad generalizada (18.6%) (Auerbach et al., 2018). Estas encuestas avalan la necesidad de crear una intervención destinada a potenciar factores de protección entre los estudiantes universitarios. Se han realizado numerosas intervenciones positivas con estudiantes, algunas de ellas incluidas en la revisión sistemática, cuyos resultados están en línea con los obtenidos en el presente estudio, aumentando la satisfacción vital, los afectos positivos y la auto-eficacia, y reduciendo los niveles de depresión (Guo et al., 2016; Pintado et al., 2018; Seligman et al., 2006).

Los resultados a seis meses del primer estudio confirmaron que los niveles de bienestar subjetivo y psicológico siguieron siendo significativamente más altos que antes de iniciar la intervención. Estos resultados concuerdan con los hallados en otras intervenciones que han investigado el efecto a medio-largo plazo. El estudio de Seligman et al. (2006) halló que las mejorías en satisfacción vital continuaban presentes hasta un año después de realizar la intervención, y la revisión realizada por Boiler y colaboradores (2013) encontró efectos pequeños pero significativos en aquellos estudios que realizaron un seguimiento a tres o seis meses en bienestar subjetivo y psicológico. La presente intervención ha mostrado igualmente diferencias significativas en ambas dimensiones en el seguimiento a seis meses ($d=0.22, p=.01$ y $d=0.16, p=.03$ respectivamente), siendo los tamaños del efecto hallados superiores a los presentados en la revisión ($d=0.22, p=.01$; $d=0.16, p=.03$).

Sin embargo, los niveles de bienestar social encontrados en nuestro estudio seis meses después no mostraron diferencias significativas respecto a las mediciones en línea base. La razón de esta

regresión a los niveles de línea base podría ser debida a la selección de las actividades orientadas al bienestar social que se han realizado en la intervención. La visión individualizada que las intervenciones psicológicas han tenido hasta el momento, trabajando más en la percepción del individuo sobre sí mismo y sus capacidades personales, y no tanto en su papel como parte de una comunidad, pueden influir en los resultados. Las actividades orientadas al bienestar social en esta primera aplicación (como el agradecimiento a la sociedad o la visualización de un mejor mundo posible) pueden plantear actividades poco participativas, en las que el papel activo de cada individuo en ese bienestar social, y por lo tanto su percepción de integración y contribución en el bien común entre otros, no se trabajan lo suficiente. Resulta necesario, en futuras aplicaciones, incluir un mayor número de actividades que hagan hincapié en el papel del individuo dentro del funcionamiento de la sociedad y de su entorno, así como promover actividades que puedan continuar trabajando tras finalizar los encuentros. Una de las opciones planteadas consiste en incentivar que la salida de la zona de confort planteada en las últimas sesiones se oriente a trabajar el bien social. Estudios previos han comprobado que la realización de actividades de voluntariado potencia el sentimiento de contribución e integración sociales. El estudio sobre bienestar social de Keyes (1998) encontró que los adultos que habían estado implicados en las actividades sociales de sus comunidades mostraban mayores niveles en estas dos subescalas de bienestar que aquellos que no lo habían estado.

Por tanto, los resultados de este primer estudio mostraron evidencias que permitieron aceptar la hipótesis de la implementabilidad de la intervención, si bien, asimismo, también se detectaron ciertas mejoras en el contenido y en la forma de su aplicación. En primer lugar, se planteó la conveniencia de realizar un cambio en el orden de las sesiones, intercambiando la *Sesión 3: Agradecimiento* por la *Sesión 4: Fortalezas personales*, de forma que el tema de las fortalezas se

tratara antes que la gratitud. Se consideró que la carta y visita de agradecimiento resultaba una tarea con un alto impacto emocional, y que realizarla en la tercera sesión podía causar dificultades en algunos de los participantes. El trabajo sobre fortalezas personales ofrece a los participantes una semana más para trabajar en un contenido personal, además de una oportunidad para empezar a incluir a otras personas en las tareas e interactuar de una forma más controlada y con menos carga emocional.

En segundo lugar, el estudio piloto también mostró la necesidad de ampliar los tiempos de las sesiones, inicialmente de noventa minutos de duración, a dos horas completas, para poder abarcar todas las actividades propuestas.

La verificación de la implementabilidad de la intervención y sus resultados preliminares positivos justificaron la creación de estudios más completos y con un diseño metodológico más elaborado para continuar evaluando su eficacia. El segundo estudio de la tesis planteaba como objetivo comprobar la eficacia de la intervención con una metodología más rigurosa, que incluyera poblaciones universitarias con un mayor número de participantes y un grupo control equivalente, y con la incorporación de las mejoras identificadas en el estudio previo. Por otro lado, se planteó la medición de una variable de sintomatología negativa además de la evaluación de la salud mental positiva, con el fin de comprobar si la intervención resultaba también eficaz para disminuir estos posibles síntomas negativos. Sin embargo, la aparición repentina de la situación de pandemia mundial derivada de la COVID-19 ofreció la posibilidad de evaluar la eficacia de la misma como factor de protección y promoción de la salud frente a los efectos negativos derivados de una situación de adversidad.

Los participantes de la intervención durante el confinamiento surgido en las primeras etapas de la COVID-19 mostraron, al finalizar la misma, niveles de bienestar subjetivo, psicológico y social

mayores que los reflejados en línea base, además de resultados significativamente más bajos en la sintomatología negativa evaluada. Esto nos permite concluir que, aún en época de adversidad, la intervención resulta eficaz a la hora de promover el bienestar de los participantes. Estas mejoras mostraron unos tamaños del efecto mucho más altos que los que se reflejan en el meta-análisis realizado en 2020 por Hendriks y colaboradores: los efectos en el bienestar subjetivo y psicológico en el meta-análisis fueron moderados-bajos ($g = 0.34, p < .001$ y $g = 0.30, p < .001$, respectivamente) mientras que los del presente estudio fueron notoriamente altos ($g = 0.92, p < .01$, $g = 0.83, p < .01$). Finalmente, el meta-análisis evaluó los efectos tanto en depresión ($g = 0.32, p < .001$) como en ansiedad ($g = 0.35, p < .001$) y en estrés ($g = 0.35, p < .05$), mientras que la reducción en sintomatología negativa del presente estudio también tuvo un efecto alto ($g = 0.86, p < .01$). El meta-análisis no ofrece datos para el bienestar social, dado que éste no se trabaja en los estudios recogido en el mismo. Sin embargo, los resultados en el presente estudio siguieron en línea con los hallados en las otras dimensiones de bienestar ($g = 0.80, p < .01$). Estos resultados, con tamaños del efecto notablemente mayores que los hallados en el estudio piloto, apuntan a que las mejoras incorporadas en la intervención de cara al segundo estudio han podido contribuir a la mejora de su implementabilidad y a la efectividad de la misma.

A pesar de estos resultados, y debido al impacto innegable de la situación de pandemia mundial, se esperaba que estas mejoras no fuesen tan notorias como las obtenidas en el grupo experimental que participó en la intervención en un momento pre-COVID. Sin embargo, se encontró que las mejoras del grupo en pandemia eran incluso mayores que las obtenidas por el grupo anterior. A pesar de la existencia de otros factores sociales que pudieron contribuir a la protección y promoción del bienestar personal y social (la situación de pandemia mundial generó un sentimiento de cohesión entre personas de todo el mundo) y que deben tenerse en cuenta, la existencia de un

grupo control equivalente en línea base que no experimentó mejoras permite considerar a la intervención como un factor crucial en este cambio en el bienestar.

El grupo control de estudiantes, que no realizó la intervención durante la época de cuarentena, mostró niveles de bienestar significativamente más bajos en el post test que en su línea base, al igual que sintomatología negativa significativamente mayor. Estudios realizados a posteriori sobre el impacto de la pandemia mundial en la salud mental, y más concretamente en el bienestar de jóvenes adultos y estudiantes, están en sintonía con estos resultados. Estos estudios han reflejado un aumento en el nivel de estrés y ansiedad experimentado por los estudiantes tras la aparición de la pandemia por COVID-19 (Son et al., 2020), y reducciones de los niveles de bienestar mental en general (Savage et al., 2020).

Los resultados observados en este segundo estudio resultaron muy alentadores y convergentes con la hipótesis que sustenta la eficacia de la intervención; podemos concluir que la intervención ha demostrado su valía no sólo para trabajar en el bienestar en el día a día de los participantes, sino también para promover la salud mental y reducir los efectos negativos derivados de situaciones tan adversas como la pandemia mundial de COVID-19.

Además, otras adaptaciones que fueron necesarias realizar debido al surgimiento repentino de la situación de confinamiento, han permitido evaluar factores que no se preveían evaluar de antemano. La necesidad de cambiar el formato de aplicación de presencial a virtual ha permitido comprobar también la posibilidad de implementar esta intervención en un formato *a distancia*. Algunas de las intervenciones que se han revisado en estudios previos ya planteaban la aplicación *online* con resultados positivos, aumentando las emociones positivas y la auto-eficacia de los participantes (Ouweneel et al., 2013). Estos resultados abren la posibilidad de que la presente intervención pudiera obtener resultados igualmente positivos en su aplicación telemática.

Finalmente, el último estudio planteado en la presente tesis se diseñó con el objetivo de adaptar la intervención a una población de adultos mayores y evaluar su efectividad. Debido a la creciente esperanza de vida y la mejoría de la calidad de vida, así como del bienestar físico en la tercera edad, resulta indispensable realizar intervenciones que promuevan también la salud mental en esta población. La satisfacción vital y otras características de la salud mental, como el compromiso vital y las actitudes positivas, han demostrado ser un pilar fundamental para el envejecimiento activo exitoso (Rowe & Kahn, 2015). Por otro lado, estudios sobre el impacto de la soledad y el aislamiento en la tercera edad (Arslantas et al., 2015; Aylaz et al., 2012) ponen de manifiesto la importancia de incluir la dimensión social y la pertenencia a la comunidad como uno de los factores fundamentales para promover la salud mental de esta población.

La aplicación de la intervención sobre la población de tercera edad frente a los estudiantes universitarios requirió de la adaptación de algunos de los materiales planteados hasta el momento. Algunos de estos elementos y componentes tuvieron que ser adaptados, como cuestionarios utilizados en las sesiones que servían únicamente como herramienta didáctica y que fueron acortados con la finalidad de facilitar su manejo. Un cambio importante realizado en el planteamiento de la intervención fue la eliminación de la *Sesión 6* sobre “*El mejor yo y el mejor mundo posible*”, debido a las características, la orientación temporal, y el planteamiento de objetivos vitales que se trabajan en la misma, que no se consideraron adecuados para la nueva población.

Tras la participación en la intervención, aquellos que habían tomado parte en ella mostraron un mayor nivel de salud mental positiva (bienestar subjetivo, psicológico y social) y un menor nivel de sintomatología negativa que antes de comenzar la misma. En el mismo periodo de tiempo, el grupo control no mostró cambios estadísticamente significativos en ninguno de sus niveles. Estos

resultados son convergentes con intervenciones previas que se han realizado con poblaciones de características similares, logrando un aumento en el bienestar subjetivo y psicológico (Friedman et al., 2019; Ortega et al., 2015) y una reducción en sintomatología negativa (Durgante & Dell’Aglío 2019, Friedman et al., 2017). Por tanto, los resultados de este tercer estudio reflejan un efecto similar al observado en los dos estudios previos, pero ofrecen además la posibilidad de una generalización de su alcance cuando es utilizados en otras poblaciones etarias; es decir, la intervención muestra su adaptabilidad y efectividad en otras poblaciones diferentes a la inicialmente propuesta para su diseño.

Los tres estudios de la presente tesis han servido para evaluar la implementabilidad, eficacia y efectividad de la intervención, que constituían el objetivo principal de la misma. Autores como Parks y Biswas-Diener (2013) y Wong y Roy (2018) han puesto en manifiesto la falta de un marco teórico cohesionado que guíe las intervenciones en salud mental, sean éstas basadas en los principios de la psicología positiva o trabajen aspectos del bienestar sin necesidad de definirse como tal. La propuesta teórica de Keyes sobre la salud mental positiva, incluyendo la dimensión social del bienestar, y la teoría sobre los dos continuos (proceso de salud mental y proceso de enfermedad mental) plantearon el reto de diseñar intervenciones con el fin de promover y proteger la salud mental positiva, reduciendo a su vez la posibilidad de padecer trastornos mentales. Esta intervención ha demostrado que esas teorías y propuestas pueden formar una fundamentación adecuada para construir una intervención multicomponente grupal, que resulta eficaz para aumentar el bienestar en diferentes poblaciones.

9.2 LIMITACIONES

A pesar de los resultados positivos obtenidos en los diferentes estudios, estos presentan ciertas limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de interpretar los mismos, y que pueden servir de guía para futuras aproximaciones.

El primer lugar, destacar el diseño de los estudios. En el primer caso, a pesar de ser un estudio longitudinal, se cuenta con un diseño sin grupo control. Esto se debe a que se planteó como un estudio piloto cuya finalidad principal era evaluar la aplicabilidad de la intervención. En estudios posteriores, el componente de grupo control se ha añadido al diseño. Sin embargo, tanto el segundo como tercer estudio son diseños cuasi-experimentales, dado que no se ha realizado una selección aleatoria de los y las participantes, ni tampoco una distribución aleatoria entre grupo experimental y grupo control. Al ser una muestra auto-seleccionada que decide tomar parte en la intervención, las propias expectativas y motivaciones del grupo pueden estar jugando un papel fundamental en los resultados positivos de la misma, pudiendo ser un factor que potencie la mejoría en la salud mental. En futuros estudios, se recomienda realizar una asignación completamente aleatoria entre los participantes a las condiciones control y experimental. Igualmente, si bien se planteaba un seguimiento a seis meses tras finalizar la intervención, únicamente se ha llevado a cabo con el primer grupo de estudiantes. Las restricciones para realizar reuniones con grupos de personas amplios después de la cuarentena de COVID-19 dificultaron la recogida de datos, sobre todo con el grupo de adultos mayores (Estudio 3). Sería necesario realizar estudios longitudinales con seguimiento a seis meses para comprobar si los cambios realizados en la intervención después de los resultados del primer estudio afianzan las mejorías en la salud mental positiva a largo plazo, tal y como sugiere la revisión realizada por Weiss y colaboradores (2016).

El tamaño de la muestra ha sido otra de las limitaciones encontradas en los estudios, principalmente en el primero y en el último. Al tratarse de una primera aproximación a cada una de las poblaciones objetivo, se ha contado con una muestra reducida que habría que ampliar de cara a futuros trabajos. Dos razones nos animan a sugerir una ampliación de efectivos en próximos estudios. El tamaño muestral está estrechamente relacionado con la significación estadística (a mayor tamaño muestral menor error de medida), y los resultados observados en nuestros estudios tienen más que ver con el tamaño de los efectos (diferencias en las medias de los grupos) que a las 'n' empleadas. El problema de trabajar con muestras reducidas es que pueden ser muy homogéneas entre sí, y este sería otro de los factores que contribuyen a reducir el error de medida. Por ello, una ampliación de los tamaños muestrales y una mayor diversificación en su captación podrían aportar una mayor base para la generalización y verificación de los resultados observados.

Por otro lado, el modo de aplicación de la intervención ha sufrido cambios debidos a la situación de pandemia mundial y las recomendaciones sanitarias del momento. A pesar de que la aplicación inicial se planteaba en formato presencial, uno de los estudios necesitó combinar ésta con una modalidad online. Esta modalidad mixta que no se preveía inicialmente ofrece una idea de su aplicabilidad en remoto, pero para poder comprobar el verdadero efecto de ésta, habría que realizar estudios que desde el inicio se desarrollaran en formato telemático.

Finalmente, y a pesar de los resultados obtenidos en los estudios realizados, estos no permiten asegurar que la intervención sea generalizable a cualquier tipo de población. A pesar de que la intervención se ha adaptado con resultados positivos a una población diferente a la inicial, como son los adultos mayores, existen todavía muchos colectivos en los que no se ha comprobado su idoneidad. Sería necesario adaptar la intervención, los materiales e incluso el formato para poder

generalizar su aplicación a colectivos como adultos, muestras clínicas, estudiantes no-universitarios, o para poder trabajar con participantes de otras culturas.

9.3 LÍNEAS DE MEJORA

Se han desarrollado algunas líneas de mejora en base a las dificultades identificadas durante la realización de los estudios presentados. En función del área de mejora, se ofrecen las siguientes propuestas:

En relación al programa:

- Se sugiere ampliar el programa a diez sesiones, de forma que la recogida de línea base y post-test quedarían sistematizadas dentro del primer y último encuentro, con el fin de no perder los datos de ningún sujeto. Para ello, se propone la creación de una sesión previa a la plateada aquí como *Sesión 1 (Bienestar)* en la que se recogería esta información y se ofrecería una visión general sobre la metodología y finalidad de la intervención. Igualmente, se plantea una sesión final después de la *Sesión 8 (Recapitulación)* en la que se recogerían datos de post-test y se ofrecería un repaso más extenso de los temas tratados, así como diferentes opciones para seguir trabajando en lo que se ha aprendido durante la intervención y otros aspectos y actividades del bienestar que, por cuestión de tiempo, no se han incluido en el cuerpo de la intervención (como optimismo, actos de bondad, perdón, voluntariado...). Esta última sesión ofrecería también una herramienta que permitiría afianzar las mejoras en el bienestar a largo plazo, aún después de finalizar la intervención.
- Se sugiere también realizar el seguimiento a seis meses (y, de ser posible, al año) en formato presencial. Se plantea como una sesión de reencuentro en la que el grupo volvería a congregarse para poner en común lo que se ha trabajado durante el tiempo transcurrido. A su vez, podría resultar una buena opción para recoger datos de seguimiento.

- En cuanto a la duración de cada sesión, se ha observado una dificultad para lograr un buen ajuste de tiempos durante las sesiones. La propuesta inicial, de hora y media de duración, resultó insuficiente para las actividades planteadas. Por ello se propone ampliar el tiempo y se ofrece en el manual una propuesta de horario, así como sugerencias sobre qué actividades pueden acortarse o prescindir de ellas en la sesión, a la que resultaría indispensable ceñirse lo máximo posible.
- La asistencia de los participantes y la realización de las tareas para casa, especialmente con la población de adultos mayores, que han demostrado más dificultades para ceñirse a las instrucciones de las prácticas también fue una dificultad detectada mediante el último estudio. Ha sido necesario adaptar las tareas para casa y plantear una actividad principal en cada sesión, junto con otras complementarias para aquellos que desean profundizar más, de forma que se ajuste de una manera más realista a la población objetivo.
- Finalmente, a pesar de la motivación propia de las muestras auto-seleccionadas, se han dado ciertas resistencias en los participantes o dificultades para trabajar ciertas temáticas. Sería importante recalcar la libertad de cada participante de adaptar las actividades y herramientas a las necesidades y posibilidades de cada uno de ellos, así como dotar a los conductores de materiales o alternativas que puedan ofrecer a los participantes. Una revisión realizada por Donaldson et al. (2021) remarcó que las intervenciones positivas con mayor calidad y mejores efectos en los participantes deberían estar caracterizadas por otorgar cierta flexibilidad sobre cuándo y cómo aplicar las herramientas de la intervención en función de sus necesidades personales.

En relación al planteamiento del contenido de las sesiones, se han identificado modificaciones en tres de ellas que podrían favorecer el trabajo en las áreas planteadas:

- En la *Sesión 3 (Agradecimiento)*: debido a la complejidad de la práctica semanal, se recomienda estructurar en mayor medida el trabajo en agradecimiento personal durante la sesión. De esta forma, la planificación de la carta y visita de agradecimiento (destinatario, causa, contenido...) quedaría trabajada en el encuentro, y parte de la tarea para realizar en casa, que cuenta con una importante carga emocional, se adelantaría en la sesión. Esto permitiría también a los participantes expresar la posible inquietud de cara a realizar la visita, y daría lugar al conductor a validar los sentimientos y a ofrecer alternativas.

En cuanto al agradecimiento a la sociedad, resultaría necesario revisar los materiales y el documental utilizados. El documental propuesto se consideró oportuno en un primer momento. Sin embargo, la visión de éste se enfoca desde un punto puramente europeo, y no sería generalizable a otras culturas. Una de las alternativas que se está llevando a cabo en la actualidad es proponer a los participantes que encuentren en sus entornos más cercanos (comunidad de vecinos, barrio, ciudad...) motivos para el agradecimiento a la sociedad. Esta actividad, si bien a menor escala, ofrecería mayores opciones de ser generalizada a otras poblaciones y culturas.

- En la *Sesión 4 (Fortalezas personales)*: se proponen ciertos cambios en el enfoque de las actividades, si bien el cuerpo de la sesión se mantendría inalterado, para futuras aplicaciones. La práctica semanal, que inicialmente planteaba el reto de utilizar las fortalezas personales en contextos diferentes a los habituales, se enfocaría hacia el desarrollo de una fortaleza personal orientada a promover el bien social. Esta nueva visión potenciaría más la contribución e integración que forman parte del bienestar social. Este nuevo enfoque de la actividad se centraría en promover de una forma más activa el papel del individuo en la comunidad, de forma que las áreas de bienestar social como

contribución, actualización o integración se trabajarían de una forma más práctica y directa. En la Tabla 5.1 reflejada en el *Capítulo 5: Método General* (p. 109) se podía ver que el bienestar social era la dimensión más supeditada a la elección que los participantes realizaran respecto a las áreas que deseaban potenciar, mientras que estas nuevas instrucciones les guiarían para trabajar más estas áreas.

- En la *Sesión 6 (Sí mismo y mundo posible)*: la experiencia reflejó, tal y como otros autores (Parks & Biswas-Diener, 2013) han afirmado previamente, en el caso de los estudiantes universitarios, la temática sobre la mejor versión de sí mismos y la proyección a futuro puede generar ciertos niveles de ansiedad debido al momento vital de incertidumbre que experimentan. Se sugeriría una alternativa en la que se propondría “una mejor versión de sí mismos”, y no necesariamente la mejor, sin horizonte temporal, en la que se plantearían ciertas pequeñas mejoras que los participantes puedan implementar en su estilo de vida, sin necesidad de lograr ser una versión perfecta.

En relación con los adultos mayores, a pesar de que en el tercer estudio planteado se optó por eliminar la sesión al completo, se considera que la versión de la sesión sin horizonte temporal podría conservarse en esta población, ofreciendo la posibilidad de plantearse objetivos en la nueva etapa vital en la que se hallan. Otros estudios abogan también por el trabajo en reminiscencia. Una revisión sistemática realizada por Shropshire (2020) encontró 15 estudios con intervenciones en reminiscencia, mostrando mejoras en satisfacción vital, calidad de vida y compromiso social, y reducción en sintomatología de ansiedad y depresión.

Las mejoras planteadas en relación al diseño son las siguientes:

- Como se ha dicho en el apartado de limitaciones, sería necesario sistematizar la asignación aleatoria de los participantes en grupo experimental y grupo control, de forma que el diseño de los estudios fuese experimental. Se podría considerar la posibilidad de incluir un grupo control en espera (de forma que las posibles necesidades de los participantes, las expectativas, y las motivaciones estén presentes en ambos grupos, haciéndolos equivalentes). Otra opción sería contar con un grupo control que realice, en el mismo momento temporal en el que se aplica la intervención, una actividad alternativa (como podrían ser talleres *mindfulness* u otros encuentros grupales). De acuerdo con las recomendaciones de Vázquez et al. (2006) contar con un grupo control con tratamiento placebo podría mejorar la calidad de los diseños en intervenciones positivas. Esto permitiría comprobar también si el *efecto grupo* está jugando un papel en la mejoría del bienestar de los participantes, o si la intervención propuesta es una alternativa más eficaz que otras previamente planteadas.

Finalmente, en relación a los instrumentos planteados para la evaluación:

- La propuesta inicial ofrece como resultado una batería de instrumentos larga, que resulta difícil de aplicar sobre todo en la población de adultos mayores. Las sesiones extra planteadas antes y después de la intervención para recoger datos de línea base y post-test, así como la recogida de datos en grupo control, resultan complicadas en esta población. Se consideraría la posibilidad de plantear instrumentos más breves como el *Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*. Este cuestionario fue elaborado por el propio Keyes y sus colaboradores (2008) para medir la salud mental positiva, e incluye ítems relacionados con las tres dimensiones de bienestar (subjetivo, psicológico y social). Se trata de una

herramienta breve, de 14 ítems, cuya validación española cuenta con una consistencia interna de $\alpha = .94$ (Echeverría et al., 2017). Esta herramienta ofrecería una alternativa que podría facilitar la recogida de datos.

9.4 POSIBLES IMPLICACIONES PRÁCTICAS FUTURAS

La comprobación de la implementabilidad y eficacia de la intervención diseñada por Gorbeña (2021), y la demostración de que es posible adaptarla y aplicarla a otras poblaciones con resultados igualmente positivos, abre la posibilidad de seguir adaptándola para trabajar con otros colectivos específicos.

Existen diversos estudios que han comprobado la eficacia de intervenciones positivas en poblaciones clínicas o sub-clínicas. Una revisión sistemática de estas intervenciones encontró que mostraban resultados significativos para la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, además del aumento en bienestar, en muestras clínicas (Chakhssi et al., 2018). Varios autores (Maddux, 2016; Ruini, 2017) han abordado la posibilidad de combinar las intervenciones positivas con tratamientos clínicos, intentando de esta manera compensar las lagunas que existen actualmente en el tratamiento de las psicopatologías, basado en el modelo médico y excesivamente centrado en la reducción de síntomas negativos. La actual intervención es una herramienta que podría ser adaptada del mismo modo para trabajar con estos grupos de personas. En combinación con terapias más convencionales (como terapias cognitivas, o psicoterapia individual) puede ser una herramienta que potencie el proceso de recuperación. Ejemplo de esta línea de trabajo es la Terapia de Bienestar de Fava (1999), la cual fue diseñada para minimizar recaídas en trastornos afectivos.

En la actualidad, se ha planteado y se está llevando a cabo la adaptación y aplicación de la intervención con colectivos en situaciones de vulnerabilidad. En concreto, y en colaboración con la asociación Gorabide de Bilbao, se ha ofertado la intervención como una alternativa para trabajar

con familiares de personas con discapacidad intelectual. Si bien es necesario continuar trabajando en esta línea para poder garantizar los hallazgos, los resultados preliminares de esta aplicación sugieren que la intervención sería también efectiva para promover la salud mental positiva en este colectivo. Un estudio longitudinal realizado en varios países europeos encontró que el hecho de ofrecer cuidados informales se relaciona con una peor salud, tanto física como mental (Hiel et al., 2015). Otro estudio realizado por Chung y colaboradores encontró que más de un cuarto de los cuidadores entrevistados mostraban, al menos, síntomas leves de depresión (Chung et al., 2010). Por lo tanto, el poder utilizar esta intervención como herramienta para paliar los efectos negativos del cuidado, ofrece una posibilidad a los profesionales para maximizar los efectos del trabajo en cuidadores.

Otra línea de trabajo abierta en la actualidad es la de la colaboración internacional que se ha establecido con el equipo de investigación de la Dr. Chiara Ruini, en Italia. Mediante la colaboración con este equipo, en el que Fava ha publicado recientemente los últimos estudios relacionados con su terapia de bienestar, se ha realizado una adaptación preliminar de la intervención para aplicarla en estudiantes universitarios italianos. Se ha realizado una primera traducción de los materiales tanto al inglés como al italiano, y se ha aplicado un estudio piloto con estudiantes universitarios. Los primeros resultados, si bien son necesarios más estudios para afianzar los hallazgos iniciales, apuntan a que los participantes italianos de la intervención habrían mejorado sus niveles de salud mental positiva.

La posibilidad de realizar una adaptación internacional de esta herramienta abriría el camino a que otros profesionales de diversos países pudieran beneficiarse también de la oportunidad de tratamiento que ofrece. A este respecto, dado que la intervención y sus materiales han sido desarrollados en castellano, la posibilidad de adaptarlo a los países de habla hispana es uno de los

objetivos que se propiciará en un futuro próximo. Un estudio realizado por Vázquez y colaboradores (2006) destaca la importancia de integrar las diferencias culturales existentes a la aplicación de las intervenciones positivas, de forma que éstas puedan ser adaptadas a las condiciones específicas del grupo de participantes.

10. CONCLUSIONS - CONCLUSIONES

Being the main objective of the doctoral dissertation to assess the applicability, efficacy and effectiveness of a positive psychological intervention, the studies carried out have offered encouraging results that provide evidence in favour of the acceptance of the hypotheses formulated.

The literature review has shown the need to construct a psychological intervention with a solid theoretical framework, whose activities are based on and selected on the basis of the areas that make up mental health. To this end, the theory of Positive Mental Health by Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a), which brings together the dimensions of subjective, psychological and social well-being, has proved to be a consistent starting point to design an intervention. The intervention included in this study has followed these guidelines for its design, and the applications in three different studies have shown adequate results.

Although there have been some limitations in the conduct of the studies, such as the lack of randomisation in the sample or the difficulties encountered in the implementation of the intervention due to the COVID-19 pandemic period, the studies carried out allow us to draw a number of encouraging conclusions.

10.1 SPECIFIC OBJECTIVE 1: EVALUATION OF THE IMPLEMENTABILITY OF THE DESIGNED INTERVENTION.

- A first application of the designed intervention is carried out with a group of young adult university students, obtaining evidence of the feasibility and implementability of the psychological intervention.
- Participants in the intervention show improvements in all three dimensions of well-being - subjective, psychological and social - and in Positive Mental Health. These changes at the

Siendo el objetivo principal de la tesis doctoral valorar la aplicabilidad, eficacia y efectividad de una intervención psicológica positiva, los estudios realizados han ofrecido resultados alentadores que dotan de evidencias a favor de la aceptación de las hipótesis planteadas.

La revisión de la literatura ha puesto de manifiesto la necesidad de construir una intervención psicológica con un marco teórico sólido, cuyas actividades se fundamenten y sean seleccionadas en base a las áreas que conforman la salud mental. Para ello, la teoría de la Salud Mental Positiva de Corey L. Keyes (2002, 2007, 2013a) que aúna las dimensiones de bienestar subjetivo, psicológico y social, ha demostrado ser un punto de partida consistente sobre el cuál diseñar una intervención. La intervención recogida en este estudio ha seguido esas directrices para su diseño, y las aplicaciones en tres estudios diferentes han mostrado resultados adecuados.

Si bien han existido algunas limitaciones durante la realización de los estudios, tales como la ausencia de aleatorización en la muestra o las dificultades surgidas en la aplicación de la intervención debido a la época de pandemia por COVID-19, los estudios realizados nos permiten extraer una serie de conclusiones alentadoras.

10.1 OBJETIVO ESPECÍFICO 1: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN DISEÑADA.

- Se lleva a cabo una primera aplicación de la intervención diseñada con un grupo de jóvenes adultos universitarios, obteniéndose evidencias de la viabilidad y la implementabilidad de la intervención psicológica.
- Los participantes en la intervención muestran mejoras en las tres dimensiones del bienestar –subjetivo, psicológico y social– y en la Salud Mental Positiva. Estos cambios al finalizar la intervención son estadísticamente significativos, con un tamaño del efecto moderado ($d > 0.38$) para todas las dimensiones.

end of the intervention are statistically significant, with a moderate effect size ($d > 0.38$) for all dimensions.

- The positive results and improvements found in well-being remain significant six months after the end of the intervention for the dimensions of subjective and psychological well-being, as well as for the overall Positive Mental Health index, with moderate effect sizes ($d > 0.23$).
- These results encourage the acceptance of the adequacy of the Positive Mental Health model proposed by Keyes (2007, 2013a) as a basis for the development of positive psychological interventions. This theory has allowed the selection of a series of activities and tools targeting all dimensions and corresponding sub-dimensions of well-being.
- This study has also identified the strengths and limitations of the original intervention, and has been used as a basis for proposing changes to increase its positive effects on participants' mental health, as well as to facilitate its application and implementation.
- The implementation and results of the first study suggest the need to develop studies with more rigorous designs to confirm the effectiveness and efficacy of the intervention, as well as to confirm the positive effect of the improvements identified.

10.2 SPECIFIC OBJECTIVE 2: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INTERVENTION AS A PROTECTIVE FACTOR IN THE FACE OF ADVERSITY.

- The application of the intervention with young university students at the time of the advent of the global pandemic derived from COVID-19 allows us to verify the effectiveness of the intervention in adverse situations, as a protective factor for mental health.
- The levels of well-being in all its dimensions –subjective, psychological and social –as well as the Positive Mental Health indicator, and an indicator of negative symptomatology

- Los resultados positivos y las mejorías encontradas en el bienestar se mantienen significativos seis meses después de finalizar la intervención para las dimensiones de bienestar subjetivo y psicológico, así como para el índice global de Salud Mental Positiva, con tamaños del efecto moderados ($d > 0.23$).
- Estos resultados animan a aceptar la adecuación del modelo de Salud Mental Positiva propuesto por Keyes (2007, 2013a) como base para el desarrollo de intervenciones psicológicas positivas. Esta teoría ha permitido seleccionar una serie de actividades y herramientas orientadas a todas las dimensiones y correspondientes sub-dimensiones del bienestar.
- Este estudio ha permitido, a su vez, identificar los puntos fuertes y las limitaciones que presentaba originalmente la intervención, y ha servido como base para proponer ciertos cambios con el fin de aumentar sus efectos positivos en la salud mental de los participantes, así como para facilitar su aplicación e implementación.
- La ejecución y resultados del primer trabajo sugieren la necesidad de desarrollar estudios con diseños más rigurosos que permitan confirmar la efectividad y eficacia de la intervención, así como confirmar el efecto positivo de las mejoras identificadas.

10.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 2: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN COMO FACTOR DE PROTECCIÓN ANTE LA ADVERSIDAD.

- La aplicación de la intervención con jóvenes universitarios en el momento del advenimiento de la pandemia mundial derivada de la COVID-19 permite comprobar la efectividad de la misma ante situaciones adversas, como factor de protección de la salud mental.

improved significantly after the application of the intervention compared to the control group, with high effect sizes ($g > 0.80$). These results show more significant effect sizes than those found in the previous application. This evidence allows us to evaluate the intervention as an effective tool, not only in the promotion of mental health, but also in its protection.

- As a result of the application, and due to the more rigorous design, stronger evidence is provided for the functioning of this tool in cultivating all dimensions of positive mental health, including social health, which has hardly been investigated previously.
- At the same time, this application and its positive results allow for improvements to be incorporated into the manual, which is a tool that offers professionals a guide to replicate the process, detailing the materials and activities carried out, including a script and a recommended time proposal.
- The study consolidates the implementability and efficacy of the psychological intervention with a population of young adult university students.
- The evidence on the efficacy of the intervention provides psychology and mental health professionals with a new opportunity to work with their patients, and other institutions, such as universities, with a tool to enhance, promote and protect the health of their individuals, both in everyday life and in adverse situations.

10.3 SPECIFIC OBJECTIVE 3: ADAPTATION OF THE INTERVENTION AND APPLICATION TO THE GROUP OF OLDER ADULTS.

After participation in the intervention, the older adults showed improvements in all dimensions of well-being –subjective, psychological and social –as well as in the global health indicator and the negative symptomatology indicator. These improvements showed

- Los niveles de bienestar en todas sus dimensiones –subjetivo, psicológico y social –así como el indicador de Salud Mental Positiva y un indicador de sintomatología negativa mejoraron de forma significativa tras la aplicación de la intervención respecto al grupo control, con tamaños del efecto altos ($g > 0.80$). Estos resultados muestran tamaños del efecto y datos más significativos que los encontrados en la aplicación previa. Estas evidencias permiten valorar la intervención como una herramienta eficaz, no sólo en la promoción de la salud mental, sino también en su protección.
- Como resultado de la aplicación, y debido al diseño más riguroso, se ofrecen evidencias más sólidas del funcionamiento de esta herramienta para cultivar todas las dimensiones de la salud mental positiva, incluida la social, que apenas había sido investigada previamente.
- Igualmente, esta aplicación y sus resultados positivos, permiten incorporar mejoras al manual, siendo éste una herramienta que ofrece a los profesionales una guía para poder replicar el proceso, en el que se detallan los materiales y actividades realizados, incluyendo un guion y una propuesta de tiempos recomendada.
- El estudio consolida la implementabilidad y eficacia de la intervención psicológica con una población de adultos jóvenes universitarios.
- Las evidencias sobre la eficacia de la intervención dotan a los profesionales de la psicología y salud mental de una nueva oportunidad de trabajo con sus pacientes, y a otras instituciones como pueden ser las universidades, de una herramienta para potenciar, promover, y proteger la salud de sus individuos, tanto en el día a día, como en situaciones adversas.

a moderate-high effect size ($d > 0.41$) in all dimensions compared to the control group.

- Together with the previous applications, it can be observed that the dimension with the lowest scores at baseline is social well-being. This dimension is also the one that shows the least growth after the application of the intervention, although its improvement has been significant in all participating samples. The effect size of these changes is also the smallest in the second and third application, although in the pilot study it had a greater effect than in the subjective and psychological dimensions. The social well-being dimension therefore seems to be the most difficult to work with in this intervention modality. The lack of previous studies enhancing this dimension and the few tools that have been developed in this area could be one of the causes of the difficulty in its enhancement.
- The well-being scores of older adults reinforce the idea that psychological interventions in old age should be aimed not only at preventing or alleviating physical and mental illness, but also at promoting well-being and positive functioning in this new stage.
- Furthermore, the positive results after the intervention corroborate the possibility of adapting and applying the proposed intervention to other groups, maintaining its efficacy and effectiveness in the promotion of Positive Mental Health.

The conclusions of these three studies has allowed us to verify the implementability, efficacy and effectiveness of the intervention, providing evidence of its suitability to promote and enhance positive mental health, as participants have consistently shown improvements in their levels of well-being compared to control groups whose levels have not improved. On the other hand, the fact that, even in times of adversity, the participants' well-being did not deteriorate –compared to their peers in the control group, whose well-being levels decreased over the same period –but

10.3 OBJETIVO ESPECÍFICO 3: ADAPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y APLICACIÓN AL COLECTIVO DE ADULTOS MAYORES.

- Tras la participación en la intervención, los adultos mayores mostraron mejoras en todas las dimensiones del bienestar –subjetivo, psicológico y social –así como en el indicador de salud global y el indicador de sintomatología negativa. Estas mejoras tuvieron un efecto superior moderado-ato ($d > 0.41$) en todas las dimensiones, frente al grupo control.
- Junto con las aplicaciones anteriores, se puede observar que la dimensión con puntuaciones más bajas en línea base es el bienestar social. Esta dimensión es, además, la que menor crecimiento muestra tras la aplicación de la intervención, si bien su mejoría ha sido significativa en todas las muestras participantes. El tamaño del efecto de estos cambios también es el menor en la segunda y tercera aplicación, si bien en el estudio piloto tuvo mayor efecto que en las dimensiones subjetiva y psicológica. La dimensión de bienestar social parece ser, por tanto, la más difícil de trabajar en esta modalidad de intervención. La falta de estudios previos potenciando esta dimensión y las pocas herramientas que se han desarrollado en esta área podrían ser una de las causas de la dificultad en su potenciación.
- Las puntuaciones en el bienestar de los adultos mayores refuerzan la idea de que las intervenciones psicológicas en la tercera edad deben estar orientadas no sólo a evitar o paliar las enfermedades físicas y mentales, sino también a promover el bienestar y el funcionamiento positivo en esta nueva etapa.
- Igualmente, los resultados positivos tras la intervención permiten corroborar la posibilidad de adaptar y aplicar la intervención propuesta a otros colectivos, manteniendo su eficacia y efectividad en la promoción de la Salud Mental Positiva.

continued to increase, also allows us to consider the intervention as a tool for protecting positive mental health.

In addition, the evidence from the latest study also offers positive data on the adaptability of the tool, which can be applied in different contexts –such as associations, leisure centres, study centres, etc. –, in different cultures and by different health professionals. This opens a horizon for future research focusing on the work on the adaptation of the intervention. The evidence collected on the efficacy of positive interventions in populations such as children, adolescents or clinical samples offers guidance for the orientation of further studies.

While these results are only initial evidence, and there is a need to continue to develop more rigorous research, with larger and more diverse samples, and to implement the improvements identified in this thesis, the initial conclusions drawn are encouraging.

La suma de las conclusiones recolectadas en estos tres estudios ha permitido comprobar la implementabilidad, eficacia y efectividad de la intervención, aportando evidencias de la adecuación de la misma para promover y potenciar la salud mental positiva, ya que los participantes han mostrado, sistemáticamente, mejorías en sus niveles de bienestar frente a grupos de control cuyos niveles no han mejorado. Por otro lado, el hecho de que, incluso en tiempos de adversidad, el bienestar de los participantes no se haya visto deteriorado –frente a sus iguales en grupo control, cuyos niveles de bienestar disminuyeron en el mismo periodo –, sino que haya continuado aumentando, permite considerar también la intervención como una herramienta de protección de la salud mental positiva.

Además, las evidencias del último estudio también ofrecen datos positivos de cara a la adaptabilidad de la herramienta, pudiendo ser ésta aplicable en diferentes contextos –como asociaciones, centros de ocio, de estudio... –, en diferentes culturas y por diversos profesionales de la salud. Esto abre un horizonte para futuras investigaciones que se enfoquen en el trabajo sobre la adaptación de la intervención. Las evidencias recolectadas sobre la eficacia de las intervenciones positivas en poblaciones como niños, adolescentes o muestras clínicas ofrecen una guía para la orientación de futuros estudios.

Si bien estos resultados únicamente constituyen las primeras evidencias, y resulta necesario continuar desarrollando investigaciones más rigurosas, con muestras mayores y más diversas, e implementando las mejoras identificadas en la presente tesis, las primeras conclusiones extraídas resultan alentadoras.

11. REFERENCIAS

A

Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Ottolono, E., & Ruini, C. (2009). Well-Being Therapy in children with emotional and behavioral disturbances: A pilot investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 387-390. <https://doi.org/10.1159/000235983>

American Psychological Association (APA). (2012). *About us*. <https://www.apa.org/about/apa/>

*⁵Amonoo, H. L., El-Jawahri, A. E., Celano, C. M., Brown, L. A., Harnedy, L. E., Longley, R. M., Onyeaka, H. K., Healy, B. C., Cutler, C. S., Pirl, W. F., Lee, S. J., & Huffman, J. C. (2021). A positive psychology intervention to promote health outcomes in hematopoietic stem cell transplantation: The path proof-of-concept trial. *Bone Marrow Transplantation*, 56, 2276-2279. <https://doi.org/10.1038/s41409-021-01296-9>

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.

*Appiah, R., Wilson-Fadiji, A., Schutte, L., & Wissing, M. P. (2020). Positive psychology intervention on mental health of rural adults in Ghana. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 12(3), 828-862. <https://doi.org/10.1111/aphw.12212>

Araujo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2017). Hedonic and eudaimonic well-being in old age through positive psychology studies: A scoping review. *Anales de Psicología* 33(3), 568-577. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.265621>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

⁵ Las referencias marcadas con un asterisco (*) son aquellas incluidas en la revisión sistemática realizada en el *Capítulo 3: Intervenciones multicomponentes y grupales: Scoping Review* (pp. 63-83).

- Arslantas, H., Adana, F., Abacigil-Ergin, F. Kayar, D., & Acar, G. (2015). Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from western turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 44(1), 43-50.
- Arthus-Bertrand, Y. (Director) (2015). *Human*. [Película, Documental]. Humankind Production.
- *Asgharipoor, N., Asghamejad-Farid, A., Arshadi, H., & Sahebi, A. (2012). A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(2), 33-41.
- *Asl, S. T. S., Sadeghi, K., Bakhtiari, M., Khazaie, H., Rezaei, M., & Ahmadi, S. M. (2014). The effectiveness of group positive psychotherapy on improving the depression and increasing the happiness of the infertile women. *Clinical Trial. European Journal of Experimental Biology*, 4(3), 269-275.
- Association for Psychological Science (APS). (2020). *APS backgrounder series: Psychological science and COVID-19: Remaining resilient during a pandemic*.
<https://psychologicalscience.org/news/backgrounders/backgrounder-1-resilient.html>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

- Avia, M. D., Martínez-Martí, M. L., Rey-Abad, M., Ruiz, M. Á., & Carrasco, I. (2012). Evaluación de un programa de revisión de vida positivo en dos muestras de personas mayores [Evaluation of a positive life review programme in two samples of older people]. *Revista de Psicología Social*, 27(2), 141-156. <https://doi.org/10.1174/021347412800337852>
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>
- Azañedo, C. M., Fernández-Abascal, E. G., & Barraca, J. (2014). Character strengths in Spain: validation of the values in action inventory of strengths (VIA-IS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud*, 25(2). <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.002>

B

- *Baek, H. G., & Kang, J. H. (2017). A literature therapy program based on positive psychology impact on elementary school students' happiness. *Journal of Digital Convergence*, 15(6), 197-206. <https://doi.org/10.14400/JDC.2017.15.6.197>
- Baloran, E. T. (2020). Knowledge, attitudes, anxiety, and coping strategies of students during COVID-19 pandemic. *Journal of Loss and Trauma*, 25(8), 635–642. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1769300>
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social [Social learning theory]*. Espasa Calpe.
- *Bartholomaeus, J. D., Van Agteren, J. E. M., Iasiello, M. P., Jarden, A., & Kelly, D. (2019). Positive aging: The impact of a community wellbeing and resilience program. *Clinical Gerontologist*. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1561582>

- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B., & Minhas, G. (2011). A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *The Journal of Positive Psychology, 6*(2), 106–118
<https://doi.org/10.1080/17439760.2010.545429>
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición [Social well-being: Theoretical structure and measurement]. *Psicothema, 17*(4), 582– 589.
- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition and Emotion, 25*(7), 1263-1272.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2010.541227>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- *Boniwell, I., Osin, E. N., & Martinez, C. (2016). Teaching happiness at school: Non-randomised controlled mixed-methods feasibility study on the effectiveness of personal well-being lessons. *The Journal of Positive Psychology, 11*(1), 85-98.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1025422>
- Botella, C., Riva, G., Gaggioli, A., Wiederhold, B. K., Alcaniz, M., & Baños, R. M. (2012). The present and future of positive technologies. *Cyberpsychology Behaviour and Social Networking, 15*(2), 78-88. <https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0140>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Buchanan, K., & Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of Social Psychology, 150*(3), 235-237. <https://doi.org/10.1080/00224540903365554>

C

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1966). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social [Experimental and quasi-experimental designs for research]*. Amorrortu.

Campion, J., Bhui, K., & Bhugra, D. (2012). European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry, 27*, 68–80. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.10.004>

*Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C., & De Beni, R. (2017). Benefits of well-being training in healthy older adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 9*(3), 261-284. <https://doi.org/10.1111/aphw.12091>

Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinsellaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology, 16*(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>

*Carr, A., & Finnegan, L. (2015). The Say 'Yes' To Life (SYTL) program: A positive psychology group intervention for depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*, 109-118. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9269-9>

*Cerezo, M. V., & Ortiz-Tallo, M. (2014). Positive psychology group intervention for breast cancer patients: A randomised trial. *Psychological Reports: Disability and Trauma, 115*(1), 44-64. <https://doi.org/10.2466/15.20.PR0.115c17z7>

- *Chaves, C., López-Gómez, I., Hervás, G., & Vázquez, C. (2016). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, *41*(3), 417–433. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9778-9>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chung, M. L., Pressler, S. J., Dunbar, S. B., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2010). Predictors of depressive symptoms in caregivers of patient with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *25*(5), 411-419. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181d2a58d>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.
- Corsini, R. J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *51*(3), 406–411 <https://doi.org/10.1037/h0048439>

D

- Davis, D. E., Choe, E., Meyers, J., Wade, N., Varjas, K., Gifford, A., Quinn, A., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., Griffin, B. J., & Worthington, E. L. (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 20-31. <https://doi.org/10.1037/cou0000107>

- Davis, M. C. (2004). Life review therapy as an intervention to manage depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accidents. *Issues in Mental Health Nursing, 25*(5), 503-515. <https://doi.org/10.1080/01612840490443455>
- De Vogler, K. L., & Ebersole, P. (1980). Categorization of college students' meaning of life. *Psychological Reports, 46*, 387-390.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Morena-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonk, D. (2006). Adaptación española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff [Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS)]. *Psicothema, 18*(3), 572-577.
- Diehl, M., Smyer, M. A., & Mehrotra, C. M. (2020). Optimizing aging: A call for a new narrative. *American Psychologist, 75*(4), 577-589. <https://doi.org/10.1037/amp0000598>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3*(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>

- Donaldson, S. I., Cabrera, V., & Gaffaney, J. (2021). Following the science to generate well-Being: Using the highest-quality experimental evidence to design interventions. *Frontiers in Psychology, 12*(739352). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.739352>
- *Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic Physician Journal, 8*(3), 2175-2180. <https://doi.org/10.19082/2175>
- Duarte, J. L. (2014). Beyond life satisfaction. a scientific approach to well-being gives us much more to measure. In A. C. Parks & S. M. Schueller (Eds), *The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions* (pp. 4333-449). Wiley Blackwell.
- *Durgante H., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Multicomponent positive psychology intervention for health promotion of Brazilian retirees: A quasi-experimental study. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 32*(6), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0119-2>

E

- Echeverría, G., Torres, M., Pedrals, N., Padilla, O., Rigotti, A., & Bitran, M. (2017). Validation of a Spanish version of the Mental Health Continuum-Short Form questionnaire. *Psicothema, 29*(1), 96-102. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.3>
- El Ansari, W. (2014). Health and well-being of students at higher education institutions-time for urgent action? *Central European Journal of Public Health, 22*(2), 67. <https://doi.org/10.21101/cejph.b0001>

- El Canal de Korah (2014, 31 enero). *El sentido de la vida [Meaning of life]*. [Vídeo]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=8kRcLO5oor0>
- Ellis, A. (2004). *Rational Emotive Behavior Therapy: It Works For Me - It Can Work For You*. Prometheus Books.
- Ellis, A., & Becker, I. (1982) *A Guide to personal happiness*. Wilshire Book Company.
- Ellis, A., & Greiger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Springer.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 846–855. <https://doi.org/10.1002/jclp.22020>
- Espejo, B., Checa, I., Perales-Puchalt, J., & Lisón, J. F. (2020). Validation and measurement invariance of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) in a Spanish general sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228359>
- European Federation of Psychologist Associations (EFPA). (2005). *Meta-code of ethics*. <http://ethics.efpa.eu/metaand-model-code/meta-code/>

F

- Fava, G. A. (1999). Well-Being Therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 171–179. <https://doi.org/10.1159/000012329>
- Fava, G. A. (2016). *Well-Being Therapy. Treatment manual and clinical applications*. Karger.
- Fava, G., Rafanelli, C., Grande, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 816-820. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.9.816>
- Fava, G., Rafanelli, C., Tromba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and Well-Being Therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 136-143. <https://doi.org/10.1159/000321575>
- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1872>
- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangeli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-Being Therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26-30. <https://doi.org/10.1159/000082023>
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511-521. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.24.6.511>
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483-498. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.30.4.483>
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>

- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, *91*(4), 330–335.
<https://doi.org/10.1511/2003.4.330>
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In P. Devine & A. Plant (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-53). Academic Press.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology* *95*(5), 1045-1062.
<https://doi.org/10.1037/a0013262>
- *Freire, T., Lima, I., Teixeira, A., Araújo, M. R., & Machado, A. (2018). Challenge: To Be+. A group intervention program to promote the positive development of adolescents. *Children and Youth Services Review*, *87*, 173-185. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2018.02.035>
- Friedman, E. M., Ruini, C., Foy C. R., Jaros, L., Love, G., & Ryff, C. D. (2019). Lighten UP! A community-based group intervention to promote eudaimonic well-being in older adults: A multi-site replication with 6 months follow-up. *Clinical Gerontologist*, *42*(4), 387-397.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1574944>
- *Friedman, E. M., Ruini, C., Foy, C. R., Jaros, L., Sampson, H., & Ryff, C. D. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging and Mental Health*, *21*(2), 199-205.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093605>
- Frisch, M. (1998). *Quality of Life Therapy. Therapist manual*. Author.
- Frisch, M. (2006). *Quality of Life Therapy*. John Wiley & Sons.

Frisch, M. (2013). Evidence-based well-being/positive psychology assessment and interventions with quality of life therapy and coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicator Research, 114*(2), 193-227. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0140-7>

G

Ghosh, A., & Deb, A. (2017). Positive psychology interventions for chronic physical illnesses: A systematic review. *Psychological Studies, 62*(3), 213–232. <https://doi.org/10.1007/s12646-017-0421-y>

Gillham, J., Adams-Deutsch, Z., Werner, J., Reivich, K., Coulter-Heindl, V., Linkins, M., Winder, B., Peterson, C., Park, N., Abenavoli, R., Contero, A., & Seligman, M. E. P. (2011). Character strengths predict subjective well-being during adolescence. *The Journal of Positive Psychology, 6*(1), 31-44. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536773>

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1), 139-145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>

Gorbeña, S. (2021). *Manual del Taller de desarrollo personal y bienestar “Ongizate” [Manual of the personal development and well-being workshop "Ongizate"]*. (España, no BI-488-21). Oficina Delegada de Bizkaia del Registro Territorial de la Propiedad Intelectual en Euskadi.

Gorbeña, S., Govillard, L., Gómez, I., Sarrionandia, S., Macía, P., Penas, P., & Iraurgi, I. (2021). Design and evaluation of a positive intervention to cultivate mental health: Preliminary findings. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 34*(7), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00172-1>

- Grzywacz, J., & Keyes, C. L. M. (2004). Toward health promotion: Physical and social behaviors in complete health. *American Journal of Health Behavior*, 28(2):99-111. <https://doi.org/10.5993/ajhb.28.2.1>
- *Guo, Y. F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J. P. (2016). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383. <https://doi.org/10.1111/inm.12255>

H

- Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N., & Mohr, D. C. (2005). Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research* 14(3), 695-703. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1364-z>
- Hefferon, K., Ashfield, A., Waters, L., & Synard, J. (2017). Understanding optimal human functioning—The ‘Call for Qual’ in exploring human flourishing and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 211–219 <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1225120>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., De Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357–390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & De Jong, J. (2018). The efficacy of positive psychology interventions from non-western countries: A

- systematic review and meta-analysis. *International Journal of Wellbeing*, 8(1), 71–98.
<https://doi.org/10.5502/ijw.v8i1.711>
- *Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Sardjo, W., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & De Jong, J. (2019). Resilience and well-being in the Caribbean: Findings from a randomized controlled trial of a culturally adapted multi-component positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1590624>
- Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 14(4), 489–501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>
- Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J. W., Burdorf, A., & Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about caregivers' health? *Preventive Medicine*, 70, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.028>
- Ho, H. C. Y., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. C. L. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.888577>
- Howell, A., Passmore, J., & Holder, H. (2016). Implicit theories of well-being predict well-being and the endorsement of therapeutic lifestyle changes. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2347–2363 <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9697-6>
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>

Huppert, F. A. (2014). The state of wellbeing science: Concepts, measures, interventions and policies. In F. A. Huppert & C. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide, interventions and policies to enhance wellbeing* (pp 1-49). John Wiley & Sons.

Huppert, F. A. & So, T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, *110*(3), 837-861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>

Hutton, B., Catalá-López, F., & Moher, D. (2016). The PRISMA statement extension for systematic reviews incorporating network meta-analysis: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica*, *147*(6), 262-266. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>

J

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>

Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E., Chopik, W. J., Chung, J. M., ... Furr, R. M. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*, *89*(1), 145–165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>

Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva [Programme to improve the well-being of the elderly. Pilot study based on positive psychology]. *Suma Psicológica*, *23*(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>

Joseph, S. (2015). *Positive therapy. Building bridges between positive psychology and person-centered psychotherapy (2nd edition)*. Routledge.

Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. Harcourt, Brace, & World.

K

Kaczmarek, L. D., Kashdan, T. B., Drążkowski, D., Enko, J., Kosakowski, M., Szaefer, A., & Bujacz, A. (2015). Why do people prefer gratitude journaling over gratitude letters? The influence of individual differences in motivation and personality on web-based interventions. *Personality and Individual Differences, 75*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.004>

Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Allyn & Bacon.

*Khayatan, T., Azkhosh, M., Bahmani, B., Azimian, M., & Dolatshahi, B. (2014). Group positive psychotherapy and depression of females affected by multiple sclerosis. *Iranian Rehabilitation Journal, 12*(22), 49-53.

Kelly, B. D. (2020). Coronavirus disease: Challenges for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry, 217*(1), 352–353. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.86>

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*(2), 121-140.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research, 43*, 207-222.

Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. (pp. 293-312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-013>

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539–548
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist, 62*(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes C. L. M. (2010). The next steps in the promotion and protection of positive mental health. *The Canadian Journal of Nursing Research, 42*(3), 17-28.
- Keyes, C. L. M. (2013a). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. In C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (pp. 3–28). Springer Science + Business Media.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_1
- Keyes, C. L. M. (2013b). Promotion and protection of positive mental health: Towards complete mental health in human development. In S. A. David, I. Boniwell & A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 915–925). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.001.0001>
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental health. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2366–2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>

- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health, 102*(11), 2164–2172. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300918>
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Prtgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(3), 181-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Key-Roberts, M. (2010). *The impact of a positive social media intervention on social well-being* [Doctoral Dissertation, Kansas University]. <https://search.proquest.com/docview/622194448?accountid=14529>
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(7), 798-807. <https://doi.org/10.1177/0146167201277003>
- Koydemir, S., Sökmez, A. B., & Schütz, A. (2020). A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Applied Research in Quality of Life, 16*(3), 1145-1185. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>
- *Kraiss, J. T., Ten Klooster, P. M., Chrispijn, M., Trompetter, H. R., Stevens, A. W. M. M., Neutel, E., Kupka, R. W., & Bohlmeijer, E. T. (2018). B-positive: A randomized controlled trial of a multicomponent positive psychology intervention for euthymic patients with bipolar disorder -

study protocol and intervention development. *BMC Psychiatry*, 18(335), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1916-3>

*Kulbař, E., & Özabacı, N. (2021). The effects of the positive psychology-based online group counselling program on mothers having children with intellectual disabilities. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00472-4>

L

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 1–12
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>

Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14, 635-654. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9346-2>

*Leontopoulou, S. (2015). A positive psychology intervention with emerging adults. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 113-136.
<https://doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.33>

*Leventhal, K. S., Gillham, J., DeMaria, L., Andrew, G., Peabody, J., & Leventhal, S. (2015). Building psychosocial assets and wellbeing among adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, 45, 284-295. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.09.011>

Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., & Mei, S. (2020). The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 841–852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>

- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*(1), 135-140. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- Lomas, T., Froh, J. J., Emmons, R. A., Mishra, A., & Bono, G. (2014). Gratitude interventions. A review and future agenda. In A. C. Parks & S. M. Schueller (Eds), *The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions* (pp. 3-19). Wiley Blackwell.
- Loveday, P., Lovell, G. P., & Jones, C. M. (2018). The best possible selves intervention: A review of the literature to evaluate efficacy and guide future research. *Journal of Happiness Studies, 19*(2). <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9824-z>
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of Happiness: A scientific approach to getting the life you want*. Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion, 11*, 391–402. <https://doi.org/10.1037/a0022575>
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Currents Directions in Psychological Science, 22*(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>

M

Maddux, J. E. (2016). Toward a more positive clinical psychology. Deconstructing the illness ideology and psychiatric diagnosis. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds), *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 19-30). Wiley Blackwell.

Mann, R. E., Cheung, J. T. W., Ialomiteanu, A., Stoduto, G., Chan, V., Wickens, C. M., Alaeppilampi, K., Goldbloom, D., & Rehm, J. (2011). Estimating prevalence of anxiety and mood disorder in survey data using the GHQ12: exploration of threshold values. *European Journal of Psychiatry, 25*(2), 81–91. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632011000200003>

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41*(9), 954–969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed). Van Nostrand.

Matti Hemmi – inKNOWation (2012, 27 Noviembre). *¿Te atreves a soñar? Desafía tu zona de confort [Dare to dream? Challenge your comfort zone]*. [Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=i07qz_6Mk7g

Mays, N., Roberts, E., & Popay, J. (2001) Synthesising research evidence. In N. Fulop, P. Allen, A. Clarke, & N. Black (Eds), *Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research Methods* (pp. 188-220). Routledge.

- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.002>
- McMahan, E., & Estes, D. (2011). Measuring lay conceptions of well-being: The beliefs about Well-being Scale. *Journal of Happiness Studies*, 12(2), 267–287. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9194-x>
- Meevissen, Y. M. C., Peters, M. L., & Albets, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two-week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.012>
- Moore, M. (Director) (2015). *¿Qué invadimos ahora? [Where to invade next]*. [Película, Documental]. Dog eat Dog Films, IMG.

N

- *Naples, L. H., & Tuckwiller, E. D. (2021). Taking students on a strengths safari: A multidimensional pilot study of school-based wellbeing for young neurodiverse children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6947), 1-27. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136947>
- Niemiec, R. M. (2013). "VIA character strengths: Research and practice (The first 10 years)". In H. H. Knoop & A. Delle Fave (Eds.), *Well-being and cultures: Perspectives on positive psychology* (pp. 11-30). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4611-4_2

O

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [*Constitution of the World Health Organization*].

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/i5.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Documentos básicos: Cuadragésimo novena edición* [*Basic documents: Forty-ninth edition*]. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1

Ortega, A. R., Ramírez, E., & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores [An intervention to increase the well-being of older people]. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 23-33.

<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.87>

Ouweneel, E., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2013). Do-it-yourself: An online positive psychology intervention to promote positive emotions, self-efficacy, and engagement at work. *Career Development International*, 18(2), 173-195. <https://doi.org/10.1108/CDI-10-2012-0102>

P

Parks, A., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present, and future. In T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 140–165). New Harbinger Publications, Inc.

Penn, D. L., Uzenoff, S. R., Perkins, D., Mueser, K. T., Hamer, R., Waldheter, E., Saade, S., & Cook, L. (2011). A pilot investigation of the Graduated Recovery Intervention Program (GRIP)

- for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 247-256.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.006>
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31(6), 539-548. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90105-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90105-4)
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., & 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(3), 204–211. <https://doi.org/10.1080/17439761003790963>
- Peters, M. L., Meevissen, Y. M. C., & Hanssen, M. M. (2013). Specificity of the best possible self-intervention for increasing optimism: comparison with a gratitude intervention. *Terapia Psicológica*, 31(1), 93–100. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100009>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- *Pintado, S., Castillo, M., & Penagos-Corzo, J. (2018). Comparing cognitive-behavior therapy and positive psychology to enhance emotional well-being. *Interamerican Journal of Psychology*, 52(2), 171-182.
- Pinto, C., Figueiredo, D., Renovato, P., Hiroki, H., & Koller, S. H. (2016). Systematic review about personal growth initiative. *Anales de Psicología*, 32(3), 770-782.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.219101>
- *Platt, I. A., Kannangara, C., Tytherleigh, M., & Carson, J. (2020). The Hummingbird Project: A positive psychology intervention for secondary school students. *Frontiers in Psychology*, 11(2020), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02012>

R

- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist, 37*(2), 79-85. <https://doi.org/10.1080/00050060210001706716>
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 30*, 183-198.
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 321-329. <https://doi.org/10.1037/a0013954>
- Rocha, K. B., Pérez, C., Rodríguez-Sanz, M., Borrel, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española [Psychometric properties and normative values of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in general Spanish population]. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 125–139.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica [On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy]*. Paidós.
- Rosling, H., Rosling, O., & Rosling Rönnlund, A. (2018). *Factfulness: Ten reasons we're wrong about the world and why things are better than you think*. Flatiron Books.
- *Roth, R. A., Suldo, S. M., & Ferron, J. M. (2017). Improving middle school students' subjective well-being: Efficacy of a multicomponent positive psychology intervention targeting small groups of youth. *School Psychology Review, 46*(1), 21-41. <https://doi.org/10.1080/02796015.2017.12087610>

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593-596.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Ruini, C. (2017). *Positive psychology in the clinical domains: Research and practice*. Springer.
- Ruini, C., & Fava, G. (2009). Well-Being Therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 510-519. <https://doi.org/10.1002/jclp.20592>
- Ruini, C., & Fava, G. (2015). Clinical applications of Well-Being Therapy. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp- 371-387). John Wiley & Sons.
- *Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, W., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E., & Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 522-532.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28.
<https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

S

- Sánchez-López, M. P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839–843.
- *Sanjuán, P., Montalbetti, T., Pérez-García, A. M., & Bermúdez, J. (2016). A randomised trial of a positive intervention to promote well-being in cardiac patients. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 8(1), 64-84. <https://doi.org/10.1111/aphw.12062>
- Savage, M. J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., Nevill, M., & Hennis, P. J. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100357>
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 20(4), 1179-1196. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychology. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>

- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, *60*(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, *1*(2), 73–82. <https://doi.org/10.1080/17439760500510676>
- *Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies*, *15*, 1289-1311. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9476-1>
- *Shoshani, A., Steinmetz, S., & Kanat-Maymon, Y. (2016). Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement. *Journal of School Psychology*, *57*, 73-92. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.003>
- Shropshire, M. (2020). Reminiscence intervention for community-dwelling older adults without dementia: A literature review. *British Journal of Community Nursing*, *2*(25), 40-44. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.1.40>
- Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., Milojev, P., Bulbulia, J., Osborne, D., Milfont, T. L., Houkamau, C. A., Duck, I. M., Vickers-Jones, R., & Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. *American Psychologist*, *75*(5), 618–630. <https://doi.org/10.1037/amp0000662>

- Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Snowden, M., Dhingra, S., Keyes, C. L. M., & Anderson, L. (2010). Changes in mental well-being in the transition to late life: Findings from MIDUS I and II. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2385-2388. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.193391>
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangobar, F. (2020). Effects of COVID-19 on college students' mental health in the united states: Interview survey study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9), e21279. <https://doi.org/10.2196/21279>
- SPSS, I. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. New York.
- Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In S. J. López & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 679–687). Oxford University Press.
- Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology, 4*(1), 43-52. <https://doi.org/10.1080/17439760802303127>
- Steger, M. F., Shim, Y., Barenz, J., & Shin, J. Y. (2014). Through the windows of the soul: A pilot study using photography to enhance meaning in life. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 27-30. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.002>
- Steger, M. F., Shim, Y., Rush, B. R., Brueske, L. A., Shin, J. Y., & Merriman, L. A. (2013). The mind's eye: A photographic method for understanding meaning in people's lives. *The Journal of Positive Psychology, 8*(6), 530-542. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830760>

Stone, B. M., & Parks, A. C. (2018). Cultivating subjective well-being through positive psychological interventions. In E. Diener, S. Oishi & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers.

*Suldo, S. M., Savage, J. A., & Mercer, S. H. (2014). Increasing middle school students' life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention. *Journal of Happiness Studies, 15*, 19-42. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9414-2>

Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies, 18*(1), 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>

T

*Tejada-Gallardo, C., Blasco-Belled, A., & Asinet, C. (2022). Changes in the network structure of mental health after a multicomponent positive psychology intervention in adolescents: A moderated network analysis. *Applied Psychology: Health and Wellbeing, 14*(3), 987-1003. <https://doi.org/10.1111/aphw.12363>

Tohen, M. A., & Robitschek, C. (2012). *Manual intentional growth training*. Unpublished Manual. <https://pgilab.wordpress.com/intentional-growth-training-igt/>

Tohen, M. A., & Robitschek, C. (2013). Intentional growth training: Developing an intervention to increase personal growth initiative. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 5*(2), 149-170. <https://doi.org/10.1111/aphw.12001>

Thompson, B. (2007). Effect size, confidence intervals, and confidence intervals for effect sizes. *Psychology in the Schools, 44*(5), 423–432 <https://doi.org/10.1002/pits.20234>

- *Tomba, E., Belaise, C., Ottolini, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., Rafanelli, C., Caffo, E., & Fava, G. A. (2010). Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 326-333. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.005>
- Trotta, T. (2019, 5 Febrero). *Nací “griot” y así moriré. Cada uno tiene su misión [I was born a “Griot” and I will die a “Griot”. Everyone has his own mission]*. El País. https://elpais.com/elpais/2019/01/29/planeta_futuro/1548784186_509200.html

U

- *Uliaszek, A., Rashid, T., Williams, G. E., & Gulamani, T. (2015). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003>

V

- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(E82), 1.15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones [Clinical interventions based on positive psychology: Foundations and applications]. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.

- *Vela, J. C., Smith, W. D., Rodriguez, K., & Hinojosa, Y. (2019). Exploring the impact of a positive psychology and creative journal arts intervention with Latina/o adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health, 14*(3), 280-291. <https://doi.org/10.1080/15401383.2019.1610535>
- *Veltro, F., Ialenti, V., Iannone, C., Bonanni, E., & Morales-García, M. A. (2015). Promoting the psychological well-being of Italian youth: A pilot study of a high school mental health program. *Health Promotion Practice, 18*(2), 169-175. <https://doi.org/10.1177/1524839914533965>
- Vinkers, C. H., Van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. V., & Van der Wee, N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology, 35*, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>

W

- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine, 26*(1), 13–22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Waterman, A. S. (1984). *The psychology of individualism*. Praeger.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE, 11*(6), e0158092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>

- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J, Kashdan, T. B., & Hurnling, R. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences, 50*(1), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.004>
- Wong, P. T. P., & Roy, S. (2018). Critique of positive psychology and positive interventions. In N. J. L. Brown, T. Lomas & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology* (pp. 142-160) Routledge/Taylor & Francis Group.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework. World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization (2005) *European programme of work*. www.euro.who.int/mentalhealth2005
- World Health Organization (WHO). (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
- World Health Organization (WHO). (2021, February 11). *Executive board stresses need for improved response to mental health impact of public health emergencies*. <https://www.who.int/news/item/11-02-2021-who-executive-board-stresses-need-for-improved-response-to-mental-health-impact-of-public-health-emergencies>
- Worth, P. (2017). Positive psychology interventions: The first intervention is our self. In C. Proctor (Ed.), *Positive psychology interventions in practice* (pp. 1-12). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-51787-2>

Z

- Zacarés, J. J., & Serra, E. (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto [Beliefs about psychological maturity and adult development]. *Anales de Psicología*, 12(1), 41–60.
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

12. ANEXOS

Anexo 1: Primer informe del Comité Ético de la Universidad de Deusto.



Deusto

Comité de Ética en Investigación

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Ref: ETK-8/18-19

Tras la evaluación del proyecto *Diseño una intervención para promover la salud mental plena* que presenta para su evaluación el Dr. D. Joseba Iraurgi Castillo y la Dra. Dña. Susana Gorbeña Etxebarria, el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 5 de Noviembre de 2018 en la que se tomó el acuerdo, no encuentra objeción alguna, y califica el proyecto de **APTO**.

El Comité de Ética en Investigación considera que el proyecto es adecuado se ajusta a los principios metodológicos, éticos y jurídicos que debe tener este tipo de investigación. No se observan riesgos de ningún tipo para los participantes y se establecen medidas adecuadas que ofrecen suficientes garantías éticas durante su desarrollo.

Además, el proyecto se ajusta a las exigencias recogidas en el protocolo para la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos en el ámbito de la investigación de la Universidad de Deusto, ajustado a de acuerdo a lo establecido en el en Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y su trasposición en el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos., relacionadas con i) procedimiento de consentimiento informado; ii) acceso a datos personales; iii) el uso de datos para el interés público; y iv) las responsabilidades de los investigadores del proyecto.

Y para que así conste,

Dra. Dña. Cristina de la Cruz Ayuso
Coordinadora de la Comisión de Ética en Investigación
Universidad de Deusto

En Bilbao a 19 de Noviembre de 2018

Anexo 2: Segundo informe del Comité Ético de la Universidad de Deusto.



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Ref: ETK-16/20-21

Tras la evaluación del proyecto *Evaluación de una intervención para promover el bienestar y el desarrollo personal*, que presenta el equipo de investigación Evaluación clínica y salud, bajo la dirección del Dr. D. Ioseba Iraurgi Castillo y la Dra. Dña. Susana Gorbeña Etxeberria, el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 29 de octubre de 2020 en la que se tomó el acuerdo, emite un **INFORME FAVORABLE**.

El Comité de Ética en Investigación considera que desde el punto de vista ético el proyecto es adecuado en todo lo referente a la protección y evitación de riesgos a los participantes y el respeto a la autonomía. Asimismo, se ajusta a los principios metodológicos, éticos y jurídicos que debe tener este tipo de investigación. No se observan riesgos de ningún tipo para los participantes y se establecen medidas adecuadas que ofrecen suficientes garantías éticas durante su desarrollo.

El proyecto tiene en cuenta la regulación sobre de protección de datos personales (UE 2016/679) aprobada por la Comisión y el Consejo de la UE en abril de 2016 en relación al i) procedimiento de consentimiento informado; ii) acceso a datos personales; iii) el uso de datos para el interés público; y iv) las responsabilidades de los investigadores responsables del proyecto.

Y para que así conste,

Firmado por DE LA CRUZ AYUSO MARIA CRISTINA -
30626305B el día 02/11/2020 con un certificado emitido por AC
FNMT Usuarios

Dra. Dña. Cristina de la Cruz Ayuso
Coordinadora del Comité de Ética en Investigación
Universidad de Deusto

Anexo 3: Versión publicada del primer estudio: Desing and evaluation of a positive intervention to cultivate mental health: preliminary findings

Gorbeña et al. *Psicología: Reflexão e Crítica* (2021) 34:7
<https://doi.org/10.1186/s41155-021-00172-1>


Psicología: Reflexão e Crítica

RESEARCH

Open Access

Design and evaluation of a positive intervention to cultivate mental health: preliminary findings



Susana Gorbeña^{1*} , Leila Govillard², Ignacio Gómez³, Sare Sarrionandia¹, Patricia Macía¹, Patricia Penas¹ and Ioseba Iraurgi¹

Abstract

The past two decades have witnessed a proliferation of positive psychological interventions for clinical and non-clinical populations, and recent research, including meta-analyses, is providing evidence of its effectiveness. Most interventions have focused on increasing life satisfaction, positive affect, and psychological well-being. Manualized, multi-component interventions based on a comprehensive theory are scarce. Keyes' concept of mental health and flourishing (subjective, psychological, and social well-being) is an overarching theoretical framework to guide the design of a multi-component psychological intervention to cultivate well-being and personal development. Therefore, the purpose of this study was to design a theory-driven positive intervention and to pilot test the intervention. The manual presents an 8-week group program that includes homework activities. A sample of 56 young adults completed the intervention. Participants were assessed at base line, after termination, and at a 6-month follow-up session. Standardized instruments were used to assess the dimensions of mental health proposed by Keyes. Pre- and post-test measures of subjective, psychological, and social well-being showed significant differences, as did the total mental health scores. At 6-month follow-up, differences remained in subjective and psychological well-being and in positive mental health, with smaller effect sizes. Limitations of these preliminary findings as well as future lines of research and improvements in this manualized intervention are proposed in the light of current research on positive interventions.

Keywords: Positive manualized intervention, Positive mental health, Well-being, Flourishing, Pilot test

Introduction

Following Seligman et al.'s (2005) publication providing the first evidence of the effects of positive psychological interventions (PPIs), researchers and practitioners started to develop and assess a variety of these interventions designed to increase positive affect, well-being, optimism, personal strengths, hope, and self-esteem, as well as to decrease clinical symptoms of distress. Several meta-analyses and systematic reviews were published in the past 12 years, providing information about the

effectiveness of these interventions. Sin and Lyubomirsky (2009) reviewed 49 studies, utilizing primarily non-clinical samples and concluded that PPIs were effective in increasing well-being and reducing depression. Bolier et al. (2013) replicated this finding in a meta-analysis examining 39 randomized controlled studies. A recent review (Chakhssi et al., 2018), focusing on diverse clinical samples, also concluded that significant, though small to moderate effect sizes, were found for well-being, depression, and anxiety. However, according to Ghosh and Deb (2017), the effectiveness of PPIs with individuals with chronic physical illnesses is inconclusive, since half of the studies included in their meta-analysis reported insignificant findings. The latest and most

* Correspondence: susana.gorben@deusto.es

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Apartado 1, 48080 Bilbao, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

comprehensive meta-analysis, by Koydemir et al. (2020), also concluded that PPIs display promising effectiveness for increasing well-being in non-clinical adult populations.

Despite this propitious scenario for PPIs, their diversity in terms of goals, target populations, contents, delivery format, and duration yields a complex picture (Bolier et al., 2013). For instance, published studies present differences in terms of goals and outcome measures, with interventions targeting different dimensions of well-being, mostly subjective well-being and psychological well-being (Koydemir et al., 2020; Weiss, et al., 2016) or focusing in different psychological constructs such as optimism, hope, or happiness. Furthermore, another major goal has been the alleviation of depressive symptoms, a work that Fava initiated in the 90s with his Well-Being Therapy (Fava, 1999). In sum, this diversity of goals and outcome measures hinders sound conclusions about the effectiveness of PPIs.

Studies examining PPIs have utilized different populations in terms of age and health conditions (Bolier et al., 2013; Koydemir et al., 2020). For instance, there are interventions specifically designed for individuals with either mental or physical health problems, with much debate occurring in the area of cancer patients. There is also diversity in terms of the specific content and activities proposed. Many single component interventions present only one activity (see Stone and Parks, 2018, for a review of the most popular and well-researched interventions), whereas others, known as multicomponent interventions focus on different topics and propose a variety of activities. Two examples are Fordyce's (1977) Happiness Program, and Seligman's Positive Psychotherapy Program (Seligman et al., 2006). As its regards to format, interventions are delivered individually, in groups, on-line, or are self-administered. Sin and Lyubomirsky (2009) found in their meta-analysis that the most effective modality was individual followed by group interventions, but Bolier et al. (2013) did not. The literature also addresses the issue of duration. According to Sin and Lyubomirsky (2009), Koydemir et al. (2020), and Bolier et al. (2013), longer interventions (8 to 12 weeks) produced greater gains in well-being.

Finally yet importantly, several voices have raised the issue of the lack of a unifying conceptual framework (Parks & Biswas-Diener, 2013; Wong & Roy, 2018) and the fact that many interventions were designed without a background theory, a question of paramount importance in psychological interventions. In sum, PPIs constitute a new development in the treatment arena that can become efficient tools to improve well-being and mental health.

The analysis of the available literature on PPIs leads the authors to conclude that the major limitation is the

lack of a theoretical framework. However, in recent years, some models have been advanced. Keyes' (2002, 2003, 2005) theory of mental health is especially suitable to inform positive interventions. He described mental health as something different from the mere absence of mental illness. Mental health is operationalized as a syndrome of symptoms of positive feelings and positive psychosocial functioning. Keyes coined the term positive mental health or flourishing and analyzed, using a large US population sample, its relationship with mental illness and other psychological variables and life outcomes (Keyes, 2005; Keyes et al., 2010). According to Keyes, the three components of mental health are subjective or emotional well-being, psychological well-being, and social well-being. Subjective well-being refers to the presence of positive emotions and life satisfaction. Following Ryff (1989), psychological well-being is characterized by high levels of self-acceptance, positive relations with others, personal growth, purpose in life, environmental mastery, and personal autonomy. Finally, Keyes stated that positive functioning also encompasses social well-being, a dimension of mental health that includes social coherence, social actualization, social integration, social acceptance, and social contribution (Keyes, 1998). Keyes defined mental health or flourishing, as a state characterized by high levels of well-being, "a state in which an individual feels positive emotion toward life and is functioning well psychologically and socially" (Keyes, 2003, p. 294). Its opposite was termed languishing.

Despite the fact that Keyes has suggested the application of this theory to guide interventions (Keyes, 2003, 2007; Keyes & Lopez, 2002), to our knowledge, no intervention has been proposed applying this theoretical framework. A review of PPIs showed that some have used, as an outcome measure, the construct of mental health or flourishing, but these interventions were not developed with such framework in mind. In an attempt to palliate this lack of theoretical foundation in the PPIs arena, the main goal of this study was to design a theoretically driven intervention to promote positive mental health or flourishing, and to pilot test this intervention.

Method

Participants

Participants were college students recruited at a medium-size university. The center offered a workshop on well-being and personal development as an extracurricular activity. Fourteen individuals from different majors enrolled and completed the program in two separate groups. Besides, 43 participants of an elective course in Psychology voluntarily participated in the workshop. Two persons declined participation. There were no differences in terms of age, gender, and major outcome variable (positive mental health) in these

groups and therefore they were added to form the final sample of 57 individuals for this study. Age ranged from 18 to 44 with a mean of 21.8 (SD = 3.8). All were Caucasian, and 89.5% were females. Preliminary analysis identified, at base line and post-test, a case with a pattern of response clearly polarized to the extremes that was considered as an outlier and eliminated from the final analysis. Finally, response rate at 6-month follow-up was 79% of the initial sample, 44 participants, with no significant differences in the outcome variables between present and lost cases, both in base line and post-test.

Instruments

The instruments used to obtain a measure of positive mental health that participants completed at base line, post-test, and 6 month follow-up were the following.

Satisfaction with life scale-SWLS (Diener et al., 1985) adapted to Spanish by Vázquez et al. in 2013. It consists of five items with a seven point format response from “*strongly agree*” to “*strongly disagree*.” It is a sound and widely used measure and internal consistency in the Spanish adaptation was .88. In this study, the alpha was .82.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) developed by Diener et al. (2010) as a new measure of the amount of time positive and negative emotions are experienced in the past four weeks. It includes 12 items with a response format ranging from one (*very rarely or never*) to five (*very often or always*). It yields three scores: positive, negative, and balance affect but only the positive affect score was used in this study. Cronbach alpha for the positive affect scale was .87 in the original study, .86 in a Spanish adaptation (Espejo et al., 2020), and .83 in the present sample.

Psychological Well-being scales (Ryff, 1989) adapted to Spanish (Díaz et al., 2006). This version consisted of 39 items with a 6-point Likert scale response format, from “*strongly agree*” to “*strongly disagree*.” The scales measure self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. It has been widely used in the literature and it is considered a sound measure of positive functioning in the eudaimonic tradition of well-being research (Keyes, 2013; McDowell, 2010). The alpha in the present study was .88.

Social well-being was measured using the Spanish adaptation of Keyes’ instrument (Keyes, 1998) published by Blanco and Díaz in 2005. It measures five dimensions of social well-being: integration, acceptance, contribution, coherence, and actualization, and it consists of 33 items, with a 5-point response format, from “*strongly agree*” to “*strongly disagree*.” The Spanish adaptation eliminated eight items but, given that it was done with a

small non-representative sample, we decided to maintain all the items of Keyes’ original scale. Cronbach’ alpha obtained in this study for the total scale was .89.

Procedure

Procedures are described in two separate sections: those referring to the design of the intervention, and those involved in the implementation of the program. In terms of design, after conducting a thorough review of the literature, the authors made decisions about topics and methodology based Keyes’ construct of positive mental health or flourishing. We followed two criteria to select topics and activities. First, the program had to include content related to the three dimensions of well-being that form the construct of positive mental health or flourishing. Second, when possible, we choose activities previously tested. However, as it is mentioned below, some new activities were proposed, especially to cover the social well-being dimension. The program consisted of eight sessions of 1 h and 40 min, plus the base line and follow-up sessions. Each session presented a different topic using a combination of group or dyadic dialog, brief presentations, audiovisual material, exercises and tests, and testimonies. One-third of the sessions was devoted to reviewing the homework assignment of the previous week. Participants in the two extracurricular activity groups worked with one facilitator in groups of seven people. Participants of the elective course worked with four facilitators in groups of 10–11 individuals. Participants received a folder to file the materials, and a *Well-being Notebook* to take notes and complete the homework. A Google site was available with all the materials used.

A brief description of main topics and homework assignments in each session follows, with a summary presented in Table 1.

Introduction The first session worked on expectations and beliefs about happiness, well-being, and personal development using instruments developed by McMahan and Estes (2011), and Zacarés and Serra (1996). Time was also devoted to clarify the rules of the group and to begin to develop group cohesion. Following Howel, et al. (2016) we worked to facilitate a growth mind-set about well-being and personal development. We also discussed basic concepts of well-being and mental health (Keyes, 2002). The first session also introduced the role and importance of homework throughout the experience. There was no formal control of its performance but facilitators highlighted the expected benefits of practicing the proposed activities and the commitment with the group work. The first homework assignment asked participants to select, reflect, and bring an example of a source of personal well-being, like a picture, a preferred leisure

Table 1 Well-being and personal development program: summary of sessions

Session title	Main topics	Homework assignment
Well-being and personal development	Expectation, norms and commitments Personal beliefs about happiness, well-being and personal development Well-being incremental mind-set	Identifying a personal source of well-being
Positive emotions	Positive and negative emotions Functionality of positive emotions Strategies to cultivate positive emotions	Three good things
Personal and social gratitude	Meaning of gratitude Gratitude to society Planning the gratitude letter and visit	Thanks Europe! Gratitude letter and visit
Personal strengths	Personal strengths: insights and VIA test	Checking my strengths with significant others
Meaning and purpose in life	Diversity of meanings and purposes Reflection on personal life meaning	Taking meaningful pictures
Best possible self and world	Imagery of best professional future self Subjective vs objective world view: Factfulness test	Best possible self and world
Personal growth	Personal growth initiative The comfort zone	Out of my comfort zone
Summary	Compilation of learning and experiences Group creative activity Farewell	Final essay

activity, a significant other, an experience, a personal resource, or the like.

Second session The session begins encouraging participants to share their homework with the group, in this case personal examples of sources of well-being. Individuals thus become aware of the diversity of sources of well-being and gather ideas to apply to their own lives. Then, the session focuses on positive and negative emotions. We followed Fredrickson (2003) and Lyubomirsky (2007) to discuss their functionality, and offered suggestions on how to manage negative emotions and cultivate positive ones. Illustrations and audiovisual materials helped participants to gather ideas to work on this issue. Finally, Seligman's activity *Three good things* (Seligman et al., 2005) was presented and proposed as a homework activity for the week. It asks individuals to keep a daily log of three experiences during the day that elicited a positive emotion. At the end of the week, and before the next session, participants were encouraged to review the log and draw some personal conclusions.

Third session Once participants had discussed their gains doing *Three good things* during the week, a group discussion on the meaning, reasons, and recipients of gratitude was conducted. Using a section of a movie, awareness of social gains and the benefits of the Welfare State in Europe was facilitated, so that gratitude to our society and to the efforts and struggles of previous generations could be elicited. Time was devoted to thoroughly explain and plan the *Gratitude Letter and Visit*

(Seligman et al., 2005). The activity proposes participants to identify a person in their lives they feel gratitude toward and had not expressed it adequately. Then they are asked to write a letter to that person and deliver the content in a personal encounter. The weekly homework also included finishing and reflecting on movie seen in the session.

Fourth session This session first reviewed accomplishments with the letter and visit, and insights from the movie. It later moved to personal strengths asking people to identify and share in dyads their strengths. A short version of the VIA (*Values in Action Inventory of Strengths*) (Peterson & Seligman, 2004) was used. The VIA is an instrument that explores 24 personal strengths grouped in six families of human virtues and yields an output identifying the five most salient strengths of the person. Participants discussed in small groups of two to three people the degree of agreement and concordance between the test and personal insights. Homework asked participants to ask three significant others about the strengths they thought they had, and to reflect on the differences and similarities of these three different sources of information on strengths.

Fifth session After reviewing homework assignments, the session focused on the exploration of the variety of meanings and purposes in life. Video materials as well as quotes from famous people were used to elicit personal and group insights. Steger et al. (2013) designed an activity to facilitate personal exploration of life's meaning.

It is a photographic method that asks individuals to take several photographs of things that make life meaningful to them. Participants were asked to take, bring, and reflect on pictures that represented the sources of meaning in their lives.

Sixth session Upon sharing and explaining sources of meaning and purpose using the photographs taken during the previous week, this session was devoted to goal directed behavior and future expectations. Following work on best possible self (King, 2001), an imagery exercise was proposed to explore one's best professional self. The facilitator guided participants to envision their professional life in 10 years and to elaborate in detail the characteristics of this situation. They later wrote in the *Well-Being Notebook* what they had imagined. Furthermore, to cultivate the social well-being dimensions, we designed a novel activity applying the best possible self-methodology to the social arena. Using ideas from Rosling et al. (2018) and his *Factfulness test*, insights were facilitated about the positive evolution of humankind, and discussion was encouraged about what world participants would want to live in 10 years ahead. Individuals gained, using worldwide historical facts generated by Rosling, a new understanding of the evolution of society and the accomplishments of humankind. Finally, the homework requested participants to work on the other life domains of the best possible self-activity such as interpersonal, family and intimate relationships, leisure, or social participation. They also had to articulate what were some of the features of the world and society they would like to live in the future.

Seventh session This session first gave participants the opportunity to share their homework and feelings about it. The new topic was personal growth and development, and was facilitated using audiovisual material about getting outside of one's comfort zone. Thoen and Robitschek's (2012) *Manual of Intentional Growth Training* was adapted and used. Subjects were encouraged to plan and start performing a new and desired behavior, out of their comfort zone, they felt will lead to personal growth.

Eight session The final session reviewed participants' accomplishments with the last homework assignment. To summarize the experience and learning, we invited participants to do creative group activity to reflect on the program in terms of their individual and group experience. Groups created a joint collage using diverse material, presented it, and finished taking some pictures. As a final homework assignment, they were asked to write an open essay about the experience.

As mentioned above, each session and activity was hypothesized to cultivate one or more of the dimensions of positive mental health or flourishing. A major challenge was to include topics and exercises related to social well-being. As it has been described, several strategies were used to achieve this objective. For instance, use of a group format for program delivery, emphasis on social diversity as it regards to the different topics covered, work on social gratitude, exploration and integration of views of others about self, awareness and reflection on the role of our physical and social context at both micro and macro levels, and articulation of best possible future world.

Finally, the program included one more session to gather the post intervention data and assess satisfaction with the workshop.

As it regards to implementation, first, the project secured the approval of the Research Ethic Board of the university. All participants signed an informed consent and received a numerical code for identification to dissociate personal data. Participants were randomly assigned to the groups. The program was implemented during the second semester of the school year, avoiding coincidence with school holidays and exam periods. Finally, after 6 months, participants were contacted via electronic mail and an on-line questionnaire was administered.

Trained psychologists, under the supervision of a certified clinical psychologist, conducted the sessions. Following Worth (2017), a training program for the facilitators was implemented (also described in detail in the manual) that included reading materials, personal reflection on the topics, group discussions, and personal experience with all the homework activities. Each session was prepared in a group meeting. Furthermore, after each session, a supervision encounter took place. Facilitators were also asked to keep and share in supervision a diary of each session and signed a confidentiality contract.

Data analyses

Three outcome indicators (subjective well-being, psychological well-being, and social well-being) were created from the specific questionnaires of each construct and following the indications of the authors who designed them. The positive mental health indicator was created calculating the average sum of the three well-being indicators. The indicators were transformed into a decimal scale from the following algorithm: $(\sum x_i - \min * 10 / \max)$, being $\sum x_i$ the sum of the scores of the items that compose the instruments, and where min and max are the minimum and maximum values of the possible range.

We calculated the mean (M) and standard deviation (SD) for the three assessment times, and the normality of the distributions was verified with the Kolmogorov-Smirnov test. Since this is a repeated measures factor design, the spherical assumption of the variance-covariance matrix was checked with the Mauchly's *W* test, and the analysis of variance *F* test was used through the 'general linear model—repeated measures' routine of the SPSS-v24 program. This same routine provides *F* tests for the polynomial contrasts (linear and quadratic trend), the effect sizes through the partial eta coefficient (η^2), and the statistical power of the test ($1-\beta$); all of them for each of the *F* tests used. Similarly, this routine provides the probability values (*p*) of the comparisons between pairs of time measures (T1-T2, T1-T3, and T2-T3). Finally, in order to compare differences in means in T1-T2, and T1-T3, a *t* test for paired samples was used, calculating the mean (M_{dif}) and the standard deviation (SD_{dif}) of the differences, along with the 95% confidence interval (CI 95%). Finally, effect sizes of the differences between T1 and T2 and T1 and T3 were calculated using Cohen's *d* for paired samples, as suggested by Lakens (2013). A commonly used interpretation is to refer to effect sizes as small ($d = 0.2$), medium ($d = 0.5$), and large ($d = 0.8$) based on benchmarks suggested by Cohen (1988). However, these values are arbitrary and should not be interpreted rigidly (Thompson, 2007). Therefore, the best way to interpret Cohen's *d* is to relate it to other effects found in the relevant literature.

The datasets used during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Results

Table 2 presents descriptive statistics at pre, post-test, and 6-month follow-up of all outcome variables. High scores were found in the variables in the three moments, with the highest scores after the intervention (T2). Table 2 also reports the tests of normality for all distributions, and in all cases the probability values associated with the Kolmogorov-Smirnov test have been statistically non-significant ($p > .05$), not being able to reject the null hypothesis and, therefore, assuming the normality of the

distributions. The two columns to the right of Table 2 offer results of the Mauchly's sphericity test, which, in all cases, the probability value associated with the *W* statistic was greater than the critical level ($p > .05$) and, therefore, it is assumed that the variance-covariance matrix is spherical.

Once the assumptions of the application of a factor repeated measurements (independence, normality, and sphericity) were checked, we conducted four analyses of variance, whose results are represented together in Table 3 and Fig. 1. For the four indicators evaluated, the overall *F* test has been statistically significant (*F* values for 2 and 86 degrees of freedom greater than 8.66; $p < .001$; Table 3), and it can be concluded that the averages compared are not equal. The effect sizes obtained in this test have been high ($\eta^2 > .168$, equivalent to a Cohen's $d > .898$) and have adequate statistical power ($1-\beta > .950$). The polynomial contrasts do not allow rejecting the linear component of the trend—except in the case of the social well-being indicator ($F = 0.32$; $p = .573$)—although in all cases a quadratic trend in the form of an inverted V prevails with greater probability. On the other hand, comparisons between pairs offer statistically significant differences in all indicators between baseline and post-test ($p < .001$), and between baseline and follow-up in the case of psychological well-being ($p = .006$) and between post-test and follow-up in the case of the positive mental health indicator ($p = .05$).

An analysis of the change between baseline and post-test scores (T1–T2), and between baseline and follow-up (T1–T3) is presented in Table 4, with the intention of assessing the effect size achieved. Change observed in all variables after the intervention (comparison T1–T2) has been positive, showing a significant increase in positive mental health, subjective, psychological, and social well-being. Effect sizes for positive mental health ($d = .50$), social well-being ($d = .48$), subjective well-being ($d = .40$), and psychological well-being ($d = .38$) were moderate-low. The differences in follow-up scores with respect to the beginning of the program are positive in the cases of psychological well-being ($M_{dif} = 0.35$; $t = 3.27$, $p = .002$, $d = .35$), subjective well-being ($M_{dif} = 0.36$; $t = 2.21$, $p = .033$, $d = .25$), and positive mental

Table 2 Base line, post-test and 6-month measures: means, standard deviations, normalized test (Kolmogorov-Smirnov—K-S) and sphericity test (Mauchly's *W*)

	T1 (n = 56)		T2 (n = 56)		T3 (n = 44)		Sphericity test	
	M (SD)	K-S	M (SD)	K-S	M (SD)	K-S	W	p
Subjective well-being	7.08 (1.19)	.070	7.55 (1.27)	.060	7.37 (1.50)	.055	.979	.635
Psychological well-being	7.01 (0.94)	.064	7.37 (0.89)	> .10	7.29 (1.04)	> .10	.998	.960
Social well-being	5.44 (0.76)	> .10	5.79 (0.68)	> .10	5.40 (0.82)	> .10	.893	.092
Positive mental health	6.51 (0.82)	> .10	6.91 (0.79)	> .10	6.69 (0.99)	> .10	.983	.703

Table 3 Repeated measures ANOVA for outcome variables

	Global and polynomial contrast												p value for temporal comparisons		
	Global				Linear				Quadratic				T1-T2	T1-T3	T2-T3
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β			
Subjective well-being	8.66	<.001	.17	.96	4.87	.033	.10	.58	13.68	<.001	.24	.95	<.001	.098	.226
Psychological well-being	10.06	<.001	.19	.99	10.67	.002	.20	.89	9.42	.004	.18	.85	<.001	.006	.896
Social well-being	9.48	<.001	.18	.98	0.32	.573	.01	.09	21.58	<.001	.33	.99	<.001	.999	.095
Positive mental health	11.27	<.001	.21	.99	4.52	.039	.09	.55	19.57	<.001	.31	.99	<.001	.118	.050

Notes. F: F test; p: probability value; η^2 : partial eta-square (effect size); 1- β : statistical power

health ($M_{dif} = 0.21$; $t = 2.13$, $p = .039$, $d = .23$). Non-significant changes were observed ($M_{dif} = -0.05$; $t = -0.56$, $p = .573$, $d = .06$) in the case of social well-being.

Discussion

The study outcomes show an improvement in self-report measures of positive mental health (subjective, psychological, and social well-being) after the proposed intervention. At 6-month follow up the scores tend to regress to base line measures but are still significant for subjective and psychological well-being, and the overall positive mental health index. Social well-being returned to base line levels. The results for subjective and psychological well-being are consistent with previous research on the effects of PPIs (Bolier et al., 2013; Koydemir et al., 2020). We found only one study (Key-Roberts, 2010) that used social well-being as an outcome measure, with no improvements after the intervention.

Perhaps the intervention we designed did not address sufficiently this dimension, or the effects of continuous practice, after the intervention was over, were lost. An alternative explanation could be that other strategies might be more efficient in order to cultivate social well-being. For instance, active involvement in community life, volunteering, and civic participation might be necessary to maintain social well-being. Further research is needed to explore these issues.

Some important limitations of our study must be mentioned. The major limitation is the lack of a control group that prevents us from any assumption of causality. This is a pre experimental study designed to develop a PPI and to conduct an initial testing of the proposal. Therefore, results cannot be attributed to the intervention. The possibility exists that participants might have benefited from the group experience itself. Besides, expectations might have influenced the results, or other

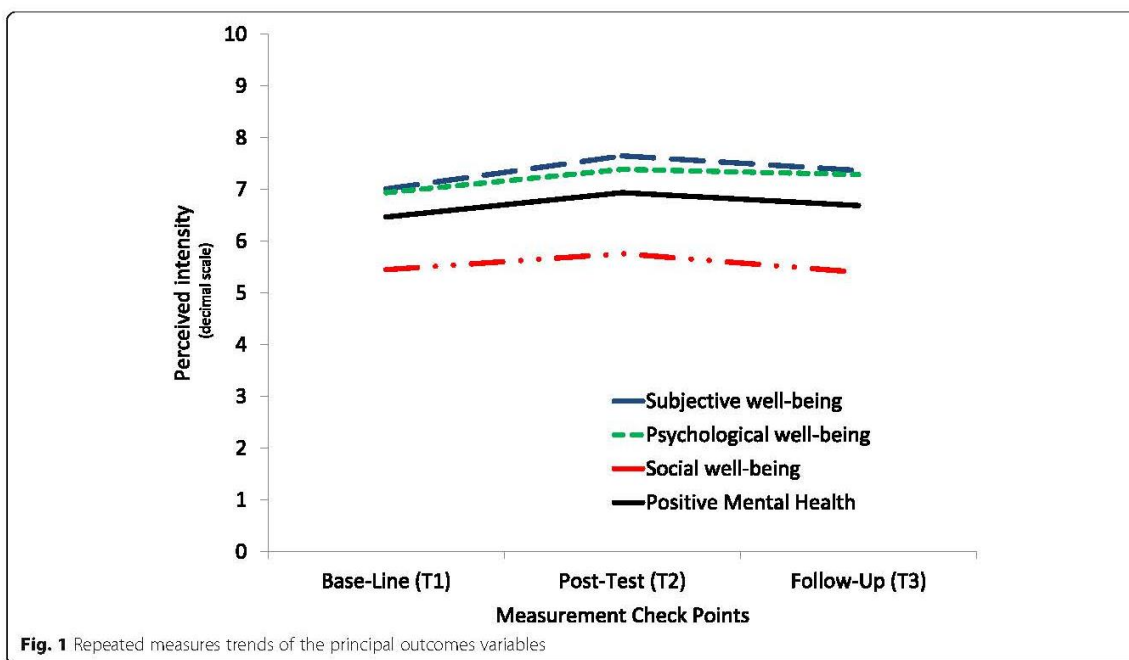


Fig. 1 Repeated measures trends of the principal outcomes variables

Table 4 Change assessment between baseline and post-intervention (T1–T2), and between baseline and 6-month follow-up (T1–T3)

	T1–T2 comparisons (n = 56)						T1–T3 comparisons (n = 44)							
	<i>M_{diff}</i>	<i>SD_{diff}</i>	(Interval 95%)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M_{diff}</i>	<i>SD_{diff}</i>	(Interval 95%)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Subjective well-being	0.48	1.01	(0.21	0.76)	3.59	.001	.40	0.36	1.10	(0.03	0.70)	2.21	.033	.25
Psychological well-being	0.35	0.69	(0.16	0.54)	3.77	.001	.38	0.35	0.70	(0.13	0.56)	3.27	.002	.35
Social well-being	0.35	0.51	(0.21	0.49)	5.12	.001	.48	−0.05	0.63	(−0.24	0.14)	−0.56	.573	.06
Positive mental health	0.40	0.61	(0.23	0.56)	4.84	.001	.50	0.21	0.68	(0.01	0.43)	2.13	.039	.23

d: values are *d_{mc}* for repeated measures as suggested by Lakens (2013)

uncontrolled variables such as the adherence to the homework assignments. Another important limitation is attributable to the fact that our findings are based on a sample that was not randomly assigned to the intervention but self-selected. The motivation to improve might also explain the results, an issue Sin and Lyubomirsky (2009) pointed out in their review. Another limitation of our study is the characteristics of the sample, a small group of young Caucasian adults, college students, and mostly females. As Hendriks et al. (2018) mention in their conclusions, studies on PPIs should be done using more diverse samples in terms of ethnic and cultural background, gender, and age. Finally, an important limitation refers to the fact that is difficult to isolate the contribution of any one topic or activity proposed in the intervention, and thus we are not able to identify elements that facilitate change. Yet, as Parks and Biswas-Diener (2013) mentioned, a multicomponent intervention resembles more real life use of activities by individuals and practitioners. In sum, because of all the above-mentioned limitations, our work should be interpreted with caution as a pilot and preliminary study that nevertheless can spark interest in further research.

Despite the limitations, these preliminary results inspire us to continue the exploration of the potential effects of this intervention. The two main issues to address in future work are the improvement of the intervention program itself, and the realization of rigorous studies to analyze its effectiveness.

The authors have identified at least six changes to improve the manual developed for this intervention. First, we suggest a change in the order of sessions. The gratitude letter and visit is a powerful and, for some individuals, a challenging activity that might be better placed after the work on personal strengths, and thus be presented in the fourth session. Second, following suggestions by Biswas-Diener et al. (2011), work on personal strengths can also be improved. Third, as others have pointed out (Parks & Biswas-Diener, 2013), some activities, such as the best possible self, can be unpleasant for some individuals, as it happened in our experience. In a similar vein, this group of young adults had some difficulty working on life meaning and purpose. Therefore, adaptations or alternatives could be design to be

implemented if uneasiness appears. Similarly, the delivery of the program to other groups with different cultural backgrounds or of different age groups demands adaptations. For instance, our current experience with adults and elders suggests that work on life goals through the best possible self-activity might not be relevant for this age group and can be replaced with another activity such as reminiscence, life narratives, or forgiveness, as Durgante and Dell’Aglio (2019), and others have done. Another identified improvement is the inclusion of additional optional homework activities for those individuals interested in a given topic. Fifth, we also suggest that the duration of the sessions be increased in at least 20 min, being of two full hours. Finally, it would be desirable to incorporate some suggestions and resources, as long-term homework, to facilitate the maintenance of gains.

Future studies should test the intervention using different types of control groups and diverse samples. We also have to elucidate the role of some important mediating variables. For instance, it will be important to explore the role of cognitive and motivational variables such as implicit theories of well-being (Howell et al., 2016). The intervention worked on this issue and tried to promote an incremental view of well-being but the lack of a pre-post-test assessment of such variable impedes any conclusions. Besides, future studies should analyze and control other variables to assess the impact of these interventions. Personality traits, coping strategies, self-efficacy, and stress levels, among others, are important elements to understand how mental health can be improved. Another important variable that deserves further analysis is the group and its therapeutic effects (Corsini & Rosenberg, 1955). Finally, the combination of quantitative and qualitative methodologies can also contribute to gain a better understanding of the processes involved in individual growth and change. In fact, Hefferon et al. (2017) made a recent call to increase qualitative research in positive psychology. The final homework assignment of this intervention, an open-ended essay, is in the process of study. It might shed light in terms of the perceived outcomes and the processes involved in positive change.

Conclusions

There are two major conclusions that can be drawn from this study. First, Keyes' construct of positive mental health or flourishing can be a useful framework to design a theory-driven multicomponent psychological intervention. Such intervention addresses three areas of positive mental health (subjective, psychological, and social well-being) that are hypothesized to be susceptible to improvement and change. The second conclusion refers to the need to go beyond this exploratory study and design rigorous studies to test the efficacy and effectiveness of the proposed intervention, and to explore the different personal, contextual, and program variables that might mediate or moderate the expected positive outcomes. Participants improved their mental health 6 months after they partaken in the program, but scientific evidence to claim the benefits of this program remains to be presented.

Acknowledgements

We would like to thank our colleagues, Iratxe Unibaso and Ruth Fontecha for their contributions; Fundación Jesús Gangotxi Barrera for supporting one of the authors with a scholarship; our university for the financial and material support; and the participants who have generously teach us about the human quest for growth and well-being.

Authors' contributions

All the authors collaborated in the design and implementation of the intervention. SG developed the manual and wrote the draft of the paper. It was responsible for the methodological aspects and statistical analysis. The authors conducted the interventions and approved the final manuscript for publication.

Funding

Please note that we have indicated no funding in the application. However, Sare Sarrionandia, one of the authors, obtained a 1 year individual scholarship to participate in the study as a pre-doctoral student. We have included this information in the acknowledgements. SS received a one year personal scholarship from Fundación Jesús Gangotxi Barrera.

Availability of data and materials

The datasets used during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interest

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Apartado 1, 48080 Bilbao, Spain. ²Departamento de Trabajo Social y Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Deusto, Camino de Mundaka 5, 20012 San Sebastián, Spain. ³Departamento de Psicología Social y del Desarrollo, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Apartado 1, 48080 Bilbao, Spain.

Received: 8 October 2020 Accepted: 4 February 2021

Published online: 24 February 2021

References

- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B., & Minhas, G. (2011). A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *The Journal of Positive Psychology*, *6*(2), 106–118. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.545429>.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición [Social Well-being: theoretical structure and measurement]. *Psicothema*, *17*(4), 582–589.
- Boiler, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, H. F. E., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>.
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spikerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge Academic.
- Corsini, R. J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *51*(3), 406–411. <https://doi.org/10.1037/h0048439>.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gailardo, I., Valle, C., & Van Dierendonk, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff [Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWB)]. *Psicothema*, *18*(3), 572–577. <http://www.redalyc.org/afticulo.oa?id=72718337>.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *92*(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>.
- Durgante, H., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Multicomponent positive psychology intervention for health promotion of Brazilian retirees: a quasi-experimental study. *Psicología: Reflexão e Crítica*, *32*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0119-2>.
- Espejo, B., Checa, I., Perales-Fuchalt, J., & Lisón, J. F. (2020). Validation and measurement invariance of the scale of positive and negative experience (SPAN) in a Spanish general sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228359>.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *68*(4), 171–179.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, *24*(6), 511–521. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.24.6.511>.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, *91*(4), 330–335. <https://doi.org/10.1511/2003.4.330>.
- Ghosh, A., & Deb, A. (2017). Positive psychology interventions for chronic physical illnesses: A systematic review. *Psychological Studies*, *62*(3), 213–232. <https://doi.org/10.1007/s12646-017-0421-y>.
- Hefferon, K., Ashfield, A., Waters, L., & Snyard, J. (2017). Understanding optimal human functioning—The 'cal for qual' in exploring human flourishing and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, *12*(3), 211–219. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1225120>.
- Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2018). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, *14*(4), 489–501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>.
- Howell, A., Passmore, J., & Holder, H. (2016). Implicit theories of well-being predict well-being and the endorsement of therapeutic lifestyle changes. *Journal of Happiness Studies*, *17*(6), 2347–2363. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9697-6>.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. (pp. 293–312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-013>.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>.

- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>.
- Keyes, C. L. M. (2013). Promotion and protection of positive mental health: Towards complete mental health in human development. In S. A. David, I. Boniwell, & A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 915–925). Oxford University Press <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.001.0001>.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental health. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366–2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). Oxford University Press.
- Key-Roberts, M. (2010). The impact of a positive social media intervention on social well-being [Doctoral Dissertation, Kansas University]. <https://search.proquest.com/docview/622194448?accountid=14529>
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(7), 798–807. <https://doi.org/10.1177/0146167201277003>.
- Koydemir, S., Sökmez, A. B., & Schütz, A. (2020). A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Applied Research in Quality of Life*. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: a scientific approach to getting the life you want*. Penguin Press.
- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.002>.
- McMahan, E., & Estes, D. (2011). Measuring lay conceptions of well-being: The beliefs about well-being scale. *Journal of Happiness Studies*, 12(2), 267–287. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9194-x>.
- Paris, A. C., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present, and future. In T. B. Kashdan, & J. Clonochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp.140-165). Context Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Rosling, H., Rosling, O., & Rosling Rönnlund, A. (2018). *Factfulness: Ten reasons we're wrong about the world and why things are better than you think*. Flatiron Books.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Paris, A. C. (2005). Positive psychotherapy. *The American Psychologist*, 61(8), 774–788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>.
- Steger, M. F., Shim, Y., Bienna, R., Rush, B. R., Brueske, L. A., Shin, J. Y., & Memirman, M. A. (2013). The mind's eye: A photographic method for understanding meaning in people's lives. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 530–542. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830760>.
- Stone, B. M., & Paris, A. C. (2018). Cultivating subjective well-being through positive psychological interventions. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers. DOI:inobascholar.com
- Thoen, M. A., & Robitschek, C. (2012). *Intentional growth training*. Unpublished manual <https://pqilab.wordpress.com/intentional-growth-training-igt/>.
- Thompson, B. (2007). Effect size, confidence intervals, and confidence intervals for effect sizes. *Psychology in the Schools*, 44(5), 423–432. <https://doi.org/10.1002/pits.20234>.
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(E82), 1–15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 11(6), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>.
- Wang, P. T. P., & Roy, S. (2018). Critique of positive psychology and positive interventions. In N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology* (pp. 142–160). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315659794>.
- Wirth, P. (2017). Positive psychology interventions: the first intervention is our self. In C. Proctor (Ed.), *Positive psychology interventions in practice* (pp. 1–14). Springer <https://doi.org/10.1007/978-3-319-51787-2>.
- Zacarés, J. J., & Serra, E. (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto [Beliefs about psychological maturity and adult development]. *Anales de Psicología*, 12(1), 41–60. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/30221>.

Publisher's Note

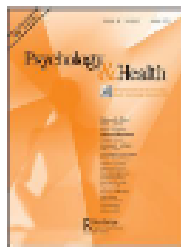
Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Submit your manuscript to a SpringerOpen® journal and benefit from:

- Convenient online submission
- Rigorous peer review
- Open access: articles freely available online
- High visibility within the field
- Retaining the copyright to your article

Submit your next manuscript at ► [springeropen.com](https://www.springeropen.com)

Anexo 4: Versión publicada del segundo estudio: The effects of an intervention to improve mental health during the COVID-19 quarantine: comparison with a COVID control group, and a pre- COVID intervention group.



Psychology & Health



ISSN: (Print) (Online) journal homepage: <https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/08870446.2021.1936520>

The effects of an intervention to improve mental health during the COVID-19 quarantine: comparison with a COVID control group, and a pre-COVID intervention group

Susana Gorbefia, Ignacio Gómez, Leila Govillard, Sare Sarrionandia, Patricia Macía, Patricia Penas & Ioseba Iraurgi

To cite this article: Susana Gorbefia, Ignacio Gómez, Leila Govillard, Sare Sarrionandia, Patricia Macía, Patricia Penas & Ioseba Iraurgi (2021): The effects of an intervention to improve mental health during the COVID-19 quarantine: comparison with a COVID control group, and a pre-COVID intervention group, *Psychology & Health*, DOI: [10.1080/08870446.2021.1936520](https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1936520)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1936520>



© 2021 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



Published online: 12 Jun 2021.



Submit your article to this journal [↗](#)





View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

The effects of an intervention to improve mental health during the COVID-19 quarantine: comparison with a COVID control group, and a pre-COVID intervention group

Susana Gorbeña^a , Ignacio Gómez^b, Leila Govillard^c, Sare Sarrionandia^a, Patricia Macía^a, Patricia Penas^a and Ioseba Iraurgi^a 

^aDepartamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Bilbao, Spain; ^bDepartamento de Psicología Social y del Desarrollo, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Bilbao, Spain; ^cDepartamento de Trabajo Social y Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Deusto, San Sebastián, Spain

ABSTRACT

Objective: The COVID-19 pandemic has constituted an unprecedented challenge to society and science and it has provided an unexpected opportunity to explore the effects of a positive intervention in times of adversity and confinement. The goal was to evaluate the effects of a theory driven group intervention to cultivate mental health and flourishing. **Design:** A pre post design with three groups (151 individuals) was conducted, including an experimental group that received the intervention during the pandemic, a pre-COVID intervention group, and a COVID control group. **Main Outcome Measures:** Based on Keyes' concept of positive mental health, measures of subjective, psychological and social well-being were obtained, as well as an indicator of psychological distress (GHQ12). **Results:** Intervention groups showed an increase in well-being and the COVID control group a decrease. Change scores revealed significant differences. Overall percentage of individuals at risk of ill health in baseline was 25.2%, but after the intervention, the COVID control group reached 64.1%. **Conclusions:** Despite the limitations, the present findings suggest that interventions to sustain and improve mental health in times of crisis and adversity can be an effective approach.



ARTICLE HISTORY

Received 24 September 2020
Accepted 24 May 2021

KEY WORDS

Positive intervention;
COVID-19; quarantine;
positive mental health;
control group

The COVID-19 pandemic constitutes an unprecedented challenge to society and science. For psychology and other health professionals, researchers, and academicians, it is a trial to test our ability to fulfil our core mission: “to improve the condition of both the individual and society” (European Federation of Psychologist Associations (EFPA), 2005), and/or to “benefit society and improve people’s lives” (American Psychological Association (APA), 2012). In the so-called “normal times”, psychology’s quest for

CONTACT Susana Gorbeña  susana.gorbenas@deusto.es  Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Apartado 1, Bilbao, 48080, Spain

© 2021 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

knowledge contends with many limitations. Due to ethical principles, experimental research in psychology is frequently limited in terms of the manipulation of variables. However, sometimes, historical events offer us the opportunity to analyze the impact of environmental circumstances otherwise out of control. This paper takes advantage of such a situation: unexpectedly, the COVID-19 pandemic has made it possible to compare the effects of an intervention during the pandemic, with a non-treatment control group, and a pre-COVID intervention group. Even though this paper is a small contribution to scientific knowledge, it alludes to humankind's capacity to thrive and flourish, even in times of adversity (Linley & Joseph, 2004). It also points out to the paramount contribution psychology can make to health and well-being.

Research on positive interventions has rapidly increased worldwide in the past two decades. Researchers and practitioners have proposed and assessed a variety of interventions designed to increase positive affect, well-being, optimism, personal strengths, and hope, and/or to reduce clinical symptoms of distress. Several meta-analyses and systematic reviews provide evidence about the effectiveness of these interventions (Bolier et al., 2013; Chakhssi et al., 2018; Hendriks et al., 2019; Koydemir et al., 2020; Sin & Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). In general, significant though moderate effects are found in different populations, age groups and health conditions.

Other researchers have expressed concern about the lack of a comprehensive and unifying theoretical framework to guide these interventions, especially those that are multi-component (Parks & Biswas-Diener, 2013; Wong & Roy, 2018). The exceptions to this state of affairs are Fava's Well-Being Therapy (Fava, 1999), based on the construct of psychological well-being (Ryff & Keyes, 1995), and Seligman's Positive Psychotherapy, founded in his positive psychology principles (Seligman et al., 2006). However, these manualized interventions were designed to be utilised with clinical populations, even though they have also been applied to non-clinical groups.

Given the scarcity of multicomponent positive interventions targeting the general population, we designed and tested a theoretically driven manualized classroom intervention focussed on cultivating well-being and personal development. Keyes' theory (2002; 2003) of mental health seemed especially suitable to inform this intervention. Keyes described positive mental health as something different from the mere absence of mental illness, and operationalised it as a syndrome of symptoms of positive feelings and positive functioning. Subjective or emotional well-being (positive emotions and life satisfaction), psychological well-being (self-acceptance, positive relations with others, personal growth, purpose in life, environmental mastery, and autonomy) and social well-being (social coherence, actualization, integration, acceptance, and contribution) are the three components of positive mental health. Keyes (2003) defined mental health as a flourishing state, characterised by high levels of well-being, "a state in which and individual feels positive emotions towards life and is functioning well psychologically and socially" (p. 294), and its opposite as languishing, a state of emptiness and stagnation.

As Keyes (2013) mentioned, studies with adults, college students and adolescents have supported the model. Positive mental health has been associated with better psychosocial functioning (Keyes, 2002), all-cause mortality (Keyes & Simoes, 2012), the prevalence and incidence of mental illness (Keyes et al., 2010) lower levels of

adolescents' conduct problems (Keyes, 2006), and with higher levels of college students' engagement with personal growth and development (Robitschek & Keyes, 2009).

The intervention designed is described in detail in the procedure section. Briefly, it consists of eight group sessions that promote work in the three areas of well-being (subjective, psychological, and social) using diverse resources and activities, and homework assignments.

In sum, the initial goal of this project was to test the effectiveness of the intervention. However, due to the breakout of the COVID-19 pandemic the goal broaden to include: (1) the exploration the psychological effects of the pandemic in a sample of young adults, and (2) the analysis of differences, comparing data from a previous intervention conducted last year (a non-pandemic situation) with the same type of population.

With these goals in mind, the following hypotheses were formulated: (1) significantly increased levels of mental health will be observed in the COVID intervention group compared with the COVID control group after the intervention; (2) significantly decreased levels of mental illness will be observed in the COVID intervention group compared with the COVID control group after the intervention; (3) lower levels of mental health improvement will result in the COVID intervention group compared with the pre-COVID intervention sample; (4) the COVID control group will have a significant deterioration in mental health and, (5) the COVID control group will have a significant increase in emotional distress after the intervention.

Methods

Participants

Participants were recruited at a medium-size private university in northern Spain. It is a convenience sample of 151 individuals. Ages ranged from 20 to 44 years old ($M=21.55$, $SD = 2.54$), 86.8% were females, 9.9% had some chronic health condition and 2% reported a disability. Participants belonged to three different groups. Sixty-nine students, who registered for two elective courses in Psychology that covered well-being topics, formed the experimental or intervention COVID group. The researchers offered the possibility to obtain course credit for participation in the study, described as a well-being and personal development workshop. If individuals declined participation, they completed the course via an independent study option. Only one student used this option due to her work schedule. The second group, named the COVID control group, included 56 participants who signed up for other elective courses; of those, 17 cases were lost in the post-test. In order to analyze the possible effects of the pandemic, a pre-COVID group was included. This group participated in the same program during the previous year and were recruited using the same methods as the COVID intervention group. In this case, also one student declined participation. This group totalled 43 individuals.

Analysis of differences between the three groups at baseline showed no statistical significant differences in gender ($\chi^2_{(2)}= 0.20$; $p= .906$), chronic health condition ($\chi^2_{(2)}= 2.09$; $p = .351$) and disability ($\chi^2_{(2)}= 1.18$; $p= .555$). There was a statistical significant difference in mean age ($F=5.04$, $p = .008$), explained by the fact that the pre-COVID

intervention group was formed only by senior students, and the COVID intervention and control groups included junior students. The difference, even though significant, is only of one year.

Instruments

Following Keyes' conceptualisation, the instruments described below were used to obtain a measure of positive mental health. They were administered at base line and post-test with a time lapse of 10 weeks.

Satisfaction with life scale-SWLS (Diener et al., 1985) adapted by Vázquez et al. (2013). It consists of five items with a seven-point response format, from "*strongly agree*" to "*strongly disagree*". It is a sound and widely used measure and internal consistency in the Spanish adaptation was .88, and in our study, Cronbach's alpha was .81.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) developed by Diener et al. (2010). It is a measure of the amount of time positive and negative emotions are experienced in the past four weeks. It includes 12 items with a response format ranging from one (*very rarely or never*) to five (*very often or always*). It yields three scores: positive, negative, and balance affect, but only the positive affect score was used in this study. Cronbach Alpha for the positive affect scale was .87, and in our study .88.

Psychological Well-being. The Spanish adaptation (Díaz et al., 2006) of Ryff's Psychological Well-being scales (Ryff, 1989) was used. The Spanish version consisted of 39 items with a 6-point Likert scale response format. The scales measure self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. It has been widely used in the literature and is considered a sound measure of positive functioning in the eudaimonic tradition of well-being research (Keyes, 2013; McDowell, 2010). As an indicator of psychological well-being, the score resulting from the average sum of the items was used. The alpha Cronbach coefficient was .86.

Social well-being was measured using the Spanish adaptation of Keyes' instrument (Keyes, 1998) published in 2005 by Blanco and Díaz. It measures five dimensions of social well-being: integration, acceptance, contribution, coherence, and actualization and it consists of 33 items, with a 5-point response format from "*strongly agree*" to "*strongly disagree*". The Spanish adaptation eliminated eight items but given the small non-representative sample used in this adaptation, the 33 items of Keyes' original scale were included in this study. The average internal consistency of the scales in the Spanish adaptation was .74 (Blanco & Díaz, 2005), and in our study it was .88 for the total score.

Mental distress. The General Health Questionnaire-GHQ was used to evaluate mental distress (Goldberg & Hillier, 1979; Lobo et al., 1986) in its Spanish 12-items version (Sánchez-López & Dresch, 2008). The 12-items version (GHQ-12) is a widely used screening instrument for common mental disorders. It is a self-administered measure developed for the detection of psychiatric disorders. Participants have to report how often they have experienced a series of symptoms in the last few weeks. The 12 items present a Likert type response format with a range of responses from 0 (*better than usual*) to 3 (*much worse than usual*). The average sum of its items

provides a scalar indicator of the degree of mental distress. Likewise, the transformation of the Likert responses (0-1-2-3) into GHQ scores (0-0-1-1), allows for an indicator of the number of symptoms present with greater intensity than usual, for which cut-off points can be established to differentiate the possible mental health risk. The instrument showed an adequate internal consistency with a Cronbach's alpha of .76 for the 12-items Spanish version (Rocha et al., 2011). In our study, the internal consistency was .83.

Procedure

The following procedures describe the development of the intervention program and the implementation of the study. With regards to the program, a manualized intervention named *Well-being and Personal Development Program* was developed after Keyes' concept of positive mental health and a thorough literature review of available interventions. It consists of eight, two-hour sessions addressing different themes. Each topic and activity was hypothesised to cultivate at least one of the dimensions of positive mental health (Keyes, 2002). A brief outline of sessions, indicating the dimensions considered, topics, activities, and homework assignments is presented in Table 1. The intervention includes activities that have empirical evidence of their effectiveness such as *The three good things* and *The gratitude letter and visit* (Seligman et al., 2005), *Taking meaningful pictures*, developed by Steger et al. (2013), *The best possible self* exercise (King, 2001), and Thoen and Robitschek (2013) program to promote personal growth.

The sessions used a combination of group or dyadic dialog, brief presentations, audiovisual material, exercises and tests, and testimonies. Brief examples follow. For instance, group dialog involved sharing homework activities and discussing personal views of the material, which was used to elicit gratitude to society. Dyadic encounters occurred more in the first half of the program to facilitate sharing personal information such as one's view of personal strengths and the role of positive emotions in one's life. Brief presentations by the facilitators occurred in all sessions, for instance to explain the functionality of positive emotions and to suggest strategies to cultivate them. An example of an exercise is the guided imagery of the best possible future professional self. Tests and questionnaires helped in exploring personal characteristics such as strengths, views about well-being and personal development, and knowledge about the history of humankind (*The Factfulness Test*). Finally, testimonies involved sharing different views about happiness, life meaning and purpose, using videos of famous and laypersons as well as written materials.

One third of the sessions were devoted to reviewing and sharing the homework assignment of the previous week. It was hypothesised that it would facilitate vicarious learning and would maintain participants' engagement in the program. Participants received a folder to keep the materials and a *Well-being Notebook* to be used throughout the experience.

Regarding implementation, the project secured the approval of the Board of Research Ethics of the university. All participants signed an informed consent and were given a numerical code for identification to dissociate personal data. The sessions were conducted by six facilitators (two males and four females) supervised by a

Table 1. Well-being and personal development program.

Session title	Main focus	Topics and activities	Homework assignment
Presentation Base line		Informed consent and generation of identification code Completion of questionnaires	
Well-being and personal development	Subjective, psychological and social well-being	Expectation, norms and commitments Personal beliefs about happiness, well-being and personal development. Well-being incremental mind-set	Finding a source of well-being
Positive emotions	Subjective well-being	Positive and negative emotions. Functionality of positive emotions Strategies to cultivate positive emotions	Three good things
Personal and social gratitude	Subjective and social well-being	Meaning of gratitude Gratitude to society Planning the gratitude letter and visit	Thanks Europe! Gratitude letter and visit
Personal strengths	Psychological and social well-being	Personal strengths: insights and VIA test	Checking my strengths with significant others
Meaning and purpose in life	Psychological and social well-being	Diversity of meanings and purposes Reflection on meaning	Taking meaningful pictures
Best possible self and world	Psychological and social well-being	Imagery of best professional self Objective world view: Factfulness Test	Integrating best possible self and best possible world
Personal growth	Psychological well-being	Personal growth initiative The comfort zone	Out of my comfort zone
Summary	Subjective, psychological and social well-being	Compilation of learning and experiences Visual creative summary Recommendations for continued work	Final essay
Assessment		Completion of questionnaires Satisfaction Evaluation	

certified clinical psychologist. They were experienced doctoral level psychologists and doctoral students with graduate training in clinical psychology. Following Worth (2017), facilitators attended a training program that included reading materials, personal reflection on the topics, group discussion, and the realisation of all homework activities. The training lasted an average of 40 hours. Facilitators also attended a group supervision meeting after they completed each session, and were asked to keep and share a log of the intervention. They also signed a confidentiality contract.

The program run during the assigned class hours. Each class had an average size of 37 individuals. The class group met together at the beginning of the sessions, and was divided in four small stable groups of nine to 12 members, each with one facilitator. Some brief presentations and instructions about the homework were offered to the entire class group. The program run from early February until the end of May 2020, and during the same period in 2019. The quarantine in the country started March 15th and ended June 21st.

When the program approached Session 5 on purpose and meaning in life, the government ruled a quarantine due to the outbreak of the COVID-19 pandemic. The University cancelled all in-person activities, and teaching and learning continued using a remote format. With the consent of participants, the program continued in this format. An extra session addressed this transition and issues related to the outbreak. Participants had the opportunity to express and share their fears about the future, to become fully aware of the situation, receive

support from others, exchange ideas and resources to deal with the lockdown, and be fed with assurance from the facilitators regarding the continuation of their academic life. Recommendations of the Mental Health Department of the World Health Organization (WHO) (2020), and the Association for Psychological Science (APS) (2020) regarding pandemic management and how to remain resilient were shared. From then onwards, ten minutes were devoted at the beginning of each session to share feelings and thoughts about the situation, and to check how participants were dealing with a strict lockdown. Google Meet served for group meetings, and materials were provided in a learning platform. Finally, the post-test was conducted using Google Forms. The last step included a debriefing session where program characteristics and group results were presented, and participants were given the opportunity to receive feedback in an individual meeting.

Data analysis

To describe data, means (M) and standard deviations (SD) were used for scale variables, and percentages (%) for nominal variables. To analyze results with the selected design (pre- post-test contrast for three groups) an analysis of variance was conducted, calculating within subjects, between subjects and interaction effects using F test and p . The spherical assumption of the variance-covariance matrix was checked with the Mauchly's W test and the homoscedasticity with the Levene's test. To estimate effect sizes, squared eta (η^2) coefficients and its equivalent Cohen's d coefficient were calculated. In order to estimate change, difference scores (M_{dir}) were computed (post-test values minus pre-test values), with positive values indicating an increase in the variable and negative ones a decrease. To analyze differences in these scores, an analysis of variance was done (F -test) using Scheffe test and the Hedges g coefficient to estimate the effect size.

Finally, differences in the risk of ill mental health in the three groups, both at baseline and after the intervention, were calculated using Chi square test, and McNemar test to estimate risk change in each group.

Results

Preliminary analyses showed that the assumptions of the sphericity of the variance-covariance matrix, and the homoscedasticity of variances were adequate. Figure 1 presents the evolution of scores of the three groups in the three well-being dimensions, and the global index of positive mental health. Statistically significant interaction effects are found for all scores, with notable effect sizes (Cohen's d values between .72 and .96), indicating a differential response of the groups. An increase in well-being measures is observed in the two interventions groups (COVID and pre-COVID), and a decrease in scores in the control COVID group. In order to assess change, mean differences were compared. As it can be seen in Table 2, the test has been significant and the post-hoc tests reveal that differences are present when comparing the experimental COVID group with the Control COVID group (with Hedges' g effect sizes between .80 and 1.05), and between the experimental pre-COVID and

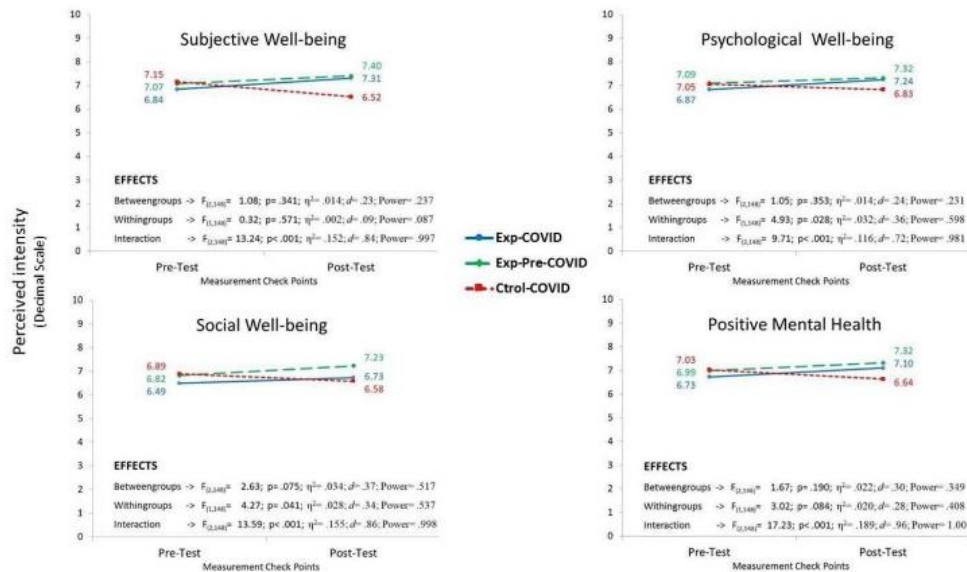


Figure 1. Evolution of outcomes in well-being indicators and positive mental health.

the control COVID groups (g values ranging from .73 to 1.21). On the other hand, differences between the COVID and pre-COVID intervention groups are non-significant, with low effect sizes ($g < .25$), but difference scores in the COVID group are slightly and consistently higher.

With regards to mental distress assessed with the GHQ12, Figure 2 and Table 2 report the findings. The upper graph in Figure 2 shows changes in scores for the three groups. As with positive mental health, the average score of participants in the COVID intervention group shows a significant decrease in symptomatology and an increase for the other two groups, though small (0.15) and non-significant for the pre-COVID intervention group. All effects have resulted statistically significant (between groups $F = 9.38$, $p = .042$, $\eta^2 = .042$; within groups $F = 4.37$, $p = .030$, $\eta^2 = .031$ and interaction effect $F = 10.15$, $p < .001$, $\eta^2 = .121$). Change (Table 2) also shows significant differences, being more notorious for the comparison between the COVID experimental group and the COVID control group ($g = .86$) than for the comparison between the COVID and pre-COVID interventions groups ($g = .64$).

As stated, the GHQ, using cut-off points, can also identify groups at risk. The second graph in Figure 2 shows the results when comparing the groups in terms of the changes (before and after the intervention), in the level of risk of ill mental health or psychological distress. Using a cut-off point of 4 or more symptoms, the prevalence of risk of ill mental health in the baseline for the three groups was 25.2%, with no significant differences between groups ($\chi^2 = 1.62$, $p = .445$). Four months later, differences in prevalence of risk were significant ($\chi^2 = 17.43$, $p < .001$), being 64.1% for the COVID control group, 27.9% for the pre-COVID intervention group and 26.1% for the COVID experimental group. The graph presents, for each group, the percentage of participants that resulted from the combinations of having or not having a risk of ill mental health before and after the intervention. As it can

Table 2. Between-group contrast of change scores (M_{Dif}) on well-being indicators, mental health and mental distress.

	Exp-COVID Group (1) n = 69		Ctrl-COVID Group (2) n = 39		Exp-Pre-COVID Group (3) n = 43		Statistics Test		Post-Hoc test, Effect size (g)		
	M_{Dif}	SD_{Dif}	M_{Dif}	SD_{Dif}	M_{Dif}	SD_{Dif}	F	p	1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3
Subjective Well-Being	0.45	1.27	-0.63	0.93	0.33	0.91	13.24	<.001	0.92*	0.10	1.03*
Psychological Well-Being	0.38	0.77	-0.22	0.61	0.23	0.60	9.71	<.001	0.83*	0.21	0.73*
Social Well-Being	0.24	0.69	-0.31	0.67	0.41	0.61	13.59	<.001	0.80*	0.25	1.11*
Positive Mental Health	0.36	0.76	-0.39	0.61	0.32	0.55	17.23	<.001	1.05*	0.05	1.21*
Mental Distress- GHQ	-0.37	1.83	1.14	1.55	0.15	1.52	10.15	<.001	0.86*	0.30	0.64*

Note.- * statistically significant for $p < .01$.

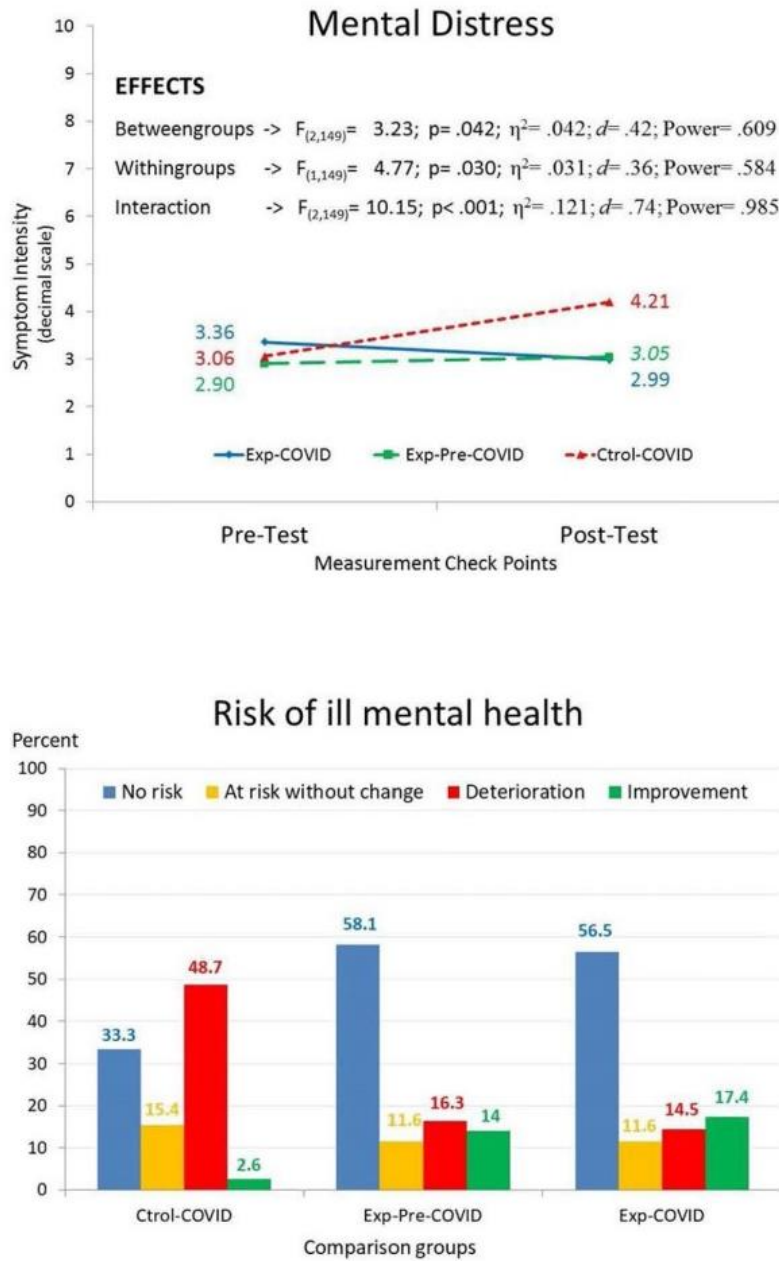


Figure 2. Evolution of outcomes in mental distress and risk of ill mental health.

be seen, there is significant percentage (48.7%) of individuals in the COVID control group who experience deterioration (not at risk at base line but at risk at post-test) compared to 16.3% in the pre-COVID intervention group and to 14.5% in the COVID experimental group. Along the same lines, an improvement can be seen (at risk at pre-test and not at risk at post-test) in the COVID experimental group (17.4%) compared with the pre-COVID intervention group (14%) and the COVID control (only 2.6%).

Discussion

Testing the effectiveness of a manualized theory driven psychological intervention to help individuals improve their mental health and grow psychosocially was the initial objective of this project, and continued to be so despite the irruption of the pandemic. This goal was broadened to include the exploration of the effects of the international health emergency in a group of European college students and thus, data from a similar group in a pre-COVID situation were incorporated in the analysis. A brief comment follows regarding its effectiveness and the limitations of the study. Subsequently, the discussion will focus on the results associated with the pandemic.

The first two hypotheses were confirmed: the COVID intervention group showed increased levels of mental health and decreased levels of mental illness than the COVID control group. These results are in line with previous research on positive interventions (see Koydemir et al., 2020 for the latest meta-analysis). The effect sizes for subjective and psychological well-being and for mental distress were much higher than those reported by Hendriks et al.' meta-analysis (Hendriks et al., 2020) of 51 studies of multicomponent interventions. Therefore, it is believed that this program can be a contribution to current research on positive interventions in as much as it proposes a new theory driven multicomponent intervention that addresses the three components of positive mental health or flourishing. To the best of the authors' knowledge, interventions addressing the social dimension of well-being are almost non-existent. The focus in previous works has been subjective and psychological well-being (Koydemir et al., 2020; Weiss et al., 2016). This was an attempt to propose a comprehensive intervention including the social aspects. However, given that these are preliminary findings, much work is still needed to fully test the intervention, and thus these results should be taken with caution. Future research should include larger and varied samples, at least 6-month follow up measures, and a randomised allocation of subjects to each condition, as well as other quantitative and qualitative data sources. For instance, in depth interviews or open-ended essays about the experience could shed light into the processes involved in change and growth. The role of variables that might influence the effectiveness of the intervention such as person-activity fit, duration, delivery format (Sin & Lyubomirsky, 2009), growth mindset (Howell et al., 2016) and other psychosocial variables like personality, hope, resilience and optimism, should also be explored.

Furthermore, in terms of limitations, although the different groups have shown equivalence in some of the sociodemographic variables as well as in the main variables in baseline, we cannot omit a possible limitation because of non-randomization of participants to each of the groups and the possible effects of participants' expectations regarding the benefits of the program. Besides, one should consider the possible existence of variables associated with the time of evaluation in addition to the pandemic; making comparisons across different time points can add uncontrolled error. Nevertheless, the equivalence found between the groups at pre-test, and the differences found support the findings of the present study.

The outbreak of the pandemic has brought to light the plausible effects of positive interventions in times of adversity. The third hypothesis regarding the expected lower levels of mental health improvement in the COVID intervention group compared with

the pre-COVID intervention sample was not confirmed. Participants experienced growth and a decrease in levels of distress. Furthermore, improvements in mental health reached those attained by the group in a non-adversarial situation, and were even slightly higher. Research on positive change after trauma or adversity (Linley & Joseph, 2004) has documented higher levels of functioning after such experiences, though the evidence is limited (Jayawickreme et al., 2021). Without planning, participants were offered psychological resources to cope when most needed, and apparently, they took advantage of them. Adding to the intervention, some environmental influences could also account for these results. The social situation facilitated exercising some of the topics addressed in the intervention. For instance, expressions of gratitude to essential workers, applauding every evening at the windows, became a personal commitment, and a new form of a community gathering. Also, the lockdown facilitated savouring simple valued activities, caring for others, finding meaning, reconnecting with old friends, or experiencing elevation and awe in the face of solidarity and altruism of many individuals. Given the naturalistic nature of this study, it is impossible to disentangle the contribution of the intervention and the situation. However, the COVID control group experienced the same context with no observable positive effects in the scores.

As pointed out by Linley and Joseph (2004), by facilitating growth, distress may be alleviated. The proportion of subjects that experienced reduced risk of ill mental health was significant in the intervention group, compared with the increase in such a risk for the COVID control group. Furthermore, risk reduction in this group was higher than in the group in the pre-COVID situation. Taking into account reports of negative psychological effects in quarantine situations (Brooks et al., 2020), these results point out to the effects of positive interventions in times of adversity. It seems these type of interventions can have a preventive, protective and even promotive effect. Therefore, programs are needed, not only to deal with the negative consequences of this type of situation, but also to protect and promote mental health and well-being. Organisations and mental health providers could deliver programs to address mental distress of their communities (Kelly, 2020), but if those programs have a focus on mental health and personal development, as Vinkers et al. (2020) suggested, they may have a more profound effect in the well-being of individuals. Interventions can be conducted even in a quarantine situation, another relevant lesson from this experience.

As it pertains to the psychological effects of the pandemic, these results, even though based on a small sample, are in line with current findings worldwide. The COVID control group significantly decreased mental health and showed an alarming increase in psychological distress (more than 60% were at risk and of those, 48.7% had increased it). Thus, the two hypotheses regarding the deterioration of mental health and the increase in emotional distress in the COVID control group were confirmed. Along the same lines, higher levels of emotional distress during this pandemic have been reported for adolescents and youth (Liang et al., 2020; Zhou et al., 2020), young adults (Liang et al., 2020), college students (Baloran, 2020), and the general population (Sibley et al., 2020; Wang et al., 2020). Taking into account previous international data on the mental health status of college students (Auerbach et al., 2018), and calls for urgent action (El Ansari, 2014), higher education institutions should

address an issue that will surely affect academic life in the near future, not only students but also staff. In fact, it should be mentioned that the facilitators of the intervention also reported benefitting from it, a non-scientifically documented collateral benefit of the program that might deserve future research to assess the effects of psychological interventions upon practitioners.

In sum, it is believed that this study contributes to the current literature on the pandemic illustrating the preventive, protective and promotive effects of a positive intervention in times of adversity, as well as a risk mitigation effect. In the past two decades, researchers, academicians and policy makers have been rethinking health, incorporating the psychosocial, cultural and spiritual dimensions. The management of this worldwide crisis, as WHO has pointed out (World Health Organization (WHO), 2021), requires an overarching approach that incorporates mental health prevention and promotion. Well-being and even flourishing of the general population, especially children, youth, elders, and disadvantaged groups should be addressed if psychology, as a discipline and a profession, wants to fulfil its mission and contribute to the welfare of humankind in these truly challenging times.

Acknowledgements

We would like to thank our colleagues Iratxe Unibaso and Ruth Fontecha for their contributions; Fundación Jesús Gangoiti Barrera for supporting one of the authors with a scholarship; our university for the financial and material support given through a call for teaching and learning innovation initiative; and the participants who have generously teach us about the human quest for growth and well-being.

We would like to dedicate this work to each and every human being, all over the world, who have lost their lives in this pandemic, and to the people that have dedicated the best of themselves to help others, in many different ways.

Disclosure of interest

The authors report no conflict of interest.

ORCID

Susana Gorbeña  <http://orcid.org/0000-0002-5289-9850>

Ioseba Iraurgi  <http://orcid.org/0000-0002-0143-9539>

References

- American Psychological Association (APA). (2012). *About us*. <https://www.apa.org/about/apa/>
- Association for Psychological Science (APS). (2020). *APS Backgrounder series: psychological science and COVID-19: Remaining resilient during a pandemic*. <https://psychologicalscience.org/news/backgrounders/backgrounder-1-resilient.html>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

- Baloran, E. T. (2020). Knowledge, attitudes, anxiety, and coping strategies of students during COVID-19 pandemic. *Journal of Loss and Trauma, 25*(8), 635–642. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1769300>
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición [Social Well-being: theoretical structure and measurement]. *Psicothema, 17*(4), 582–589.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, H. F. E., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Morena-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonk, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff [Spanish adaptation of the psychological well-being scales (PWBS)]. *Psicothema, 18*(3), 572–577. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- El Ansari, W. (2014). Health and well-being of students at higher education institutions-time for urgent action? *Central European Journal of Public Health, 22*(2), 67. <https://doi.org/10.21101/cejph.b0001>
- European Federation of Psychologist Associations (EFPA). (2005). Meta-code of ethics. <http://ethics.efpa.eu/metaand-model-code/meta-code/>
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*(4), 171–179. <https://doi.org/10.1159/000012329>
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies, 21*(1), 357–390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology, 14*(4), 489–501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>
- Howell, A., Passmore, J., & Holder, H. (2016). Implicit theories of well-being predict well-being and the endorsement of therapeutic lifestyle changes. *Journal of Happiness Studies, 17*(6), 2347–2363. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9697-6>
- Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E., Chopik, W. J., Chung, J. M., ... Furr, R. M. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality, 89*(1), 145–165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>
- Kelly, B. D. (2020). Coronavirus disease: challenges for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry, 217*(1), 352–353. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.86>
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>

- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. (pp. 293–312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-013>
- Keyes, C. L. M. (2013). Promotion and protection of positive mental health: Towards complete mental health in human development. In S. A. David, I. Boniwell & A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 915–925). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.001.0001>
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2366–2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health, 102*(11), 2164–2172. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300918>
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(7), 798–807. <https://doi.org/10.1177/0146167201277003>
- Koydemir, S., Sökmez, A. B., & Schütz, A. (2020). A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Applied Research in Quality of Life*, <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., & Mei, S. (2020). The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric Quarterly, 91*(3), 841–852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*(1), 135–140. <https://doi.org/10.1017/s0033291700002579>
- Mann, R. E., Cheung, J. T. W., Ialomiteanu, A., Stoduto, G., Chan, V., Wickens, C. M., Ala-leppilampi, K., Goldbloom, D., & Rehm, J. (2011). Estimating prevalence of anxiety and mood disorder in survey data using the GHQ12: Exploration of threshold values. *European Journal of Psychiatry, 25*(2), 81–91. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632011000200003>
- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(1), 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.002>
- Parks, A. C., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present, and future. In T. B. Kashdan, & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp.140–165). Context Press.
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 321–329. <https://doi.org/10.1037/a0013954>
- Rocha, K. B., Pérez, C., Rodríguez-Sanz, M., Borrel, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades Psicométricas y Valores Normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en Población General Española [psychometric properties and normative values of the general health questionnaire (GHQ-12) in general Spanish population]. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 125–139.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sánchez-López, M. P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema, 20*(4), 839–843.

- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., Milojev, P., Bulbulia, J., Osborne, D., Milfont, T. L., Houkamau, C. A., Duck, I. M., Vickers-Jones, R., & Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. *American Psychologist*, 75(5), 618–630. <https://doi.org/10.1037/amp0000662>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Steger, M. F., Shim, Y., Brenna, R., Rush, B. R., Brueske, L. A., Shin, J. Y., & Merriman, M. A. (2013). The mind's eye: A photographic method for understanding meaning in people's lives. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 530–542. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830760>
- Thoen, M. A., & Robitschek, C. (2013). Intentional growth training: developing an intervention to increase personal growth initiative. *Applied Psychology: Health and Well Being*, 5(2), 149–170. <https://doi.org/10.1111/aphw.12001>
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(E82), 1–15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. V., & van der Wee, N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 13–22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 11(6), e0158092–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- Wong, P. T. P., & Roy, S. (2018). Critique of positive psychology and positive interventions. In N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology*. (pp. 142–160). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315659794>
- World Health Organization (WHO). (2021). February 11). *Executive Board stresses need for improved response to mental health impact of public health emergencies*. <https://www.who.int/news/item/11-02-2021-who-executive-board-stresses-need-for-improved-response-to-mental-health-impact-of-public-health-emergencies>.
- World Health Organization (WHO). (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
- Worth, P. (2017). Positive psychology interventions: the first intervention is our self. In C. Proctor (Ed.), *Positive psychology interventions in practice* (pp. 1–14). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-51787-2>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>