

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Lima, ¡Sé Feliz!: Un Programa de Bienestar Subjetivo para Adultos

Limeños

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA:

Mariana Yompián Antezana

ASESOR:

Jorge Martín Yamamoto Suda

Lima, agosto, 2020

Agradecimientos

A Jorge, nada que pueda decir termina de expresar la inmensa gratitud que tengo por todas tus enseñanzas, tu apoyo, tu comprensión y tus consejos. Gracias por motivarme a empujar los límites de mis capacidades, por darme tantas oportunidades de crecimiento y por fomentar y nutrir mi amor por la investigación. Esta tesis hubiera sido imposible sin tu asesoría.

A Gaby. Sin tu amistad incondicional, tu sabiduría, tu minuciosidad con la búsqueda de datos y tu asombrosa capacidad para debatir no sería lo que soy ahora, no haría las cosas que hago, ni habría crecido lo que creo haber crecido. Esta tesis no es solo mía, amiga linda. Esta tesis es nuestra. Porque mi gran ejemplo siempre fuiste tú, y muchas cosas escritas acá las aprendí, aunque imperfectamente, de ti. Y eso implica que acabamos la carrera juntas. Como lo planeamos desde el inicio. Como tanto lo queríamos. No tengo idea cómo será la vida después de la muerte, pero mi mente ingenua aún espera con ansias el día en que nos volvamos a encontrar. Hasta entonces, solo me queda decirte que siempre vivirás en mi memoria, en mis metas, en mis logros, en mis ganas de ser mejor persona, en mis valores y en mi corazón. Gracias por todo, por absolutamente todo, solo tú sabes cuánto.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo la adaptación y la medición del impacto de una intervención de aceptación y compromiso (IAC) virtual, en el bienestar subjetivo de adultos de Lima Metropolitana. Hubo dos estudios, el primero fue un estudio experimental en el cual los participantes fueron asignados de manera aleatoria a un grupo control (N=24) y experimental (N=24), y sus puntajes fueron comparados antes y después de la primera semana de intervención. El segundo fue pre-experimental, y se midieron y compararon los puntajes de un solo grupo (N=7) luego de cada semana de intervención, que en total fueron tres. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANE), la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) y la Escala de Satisfacción Subjetiva de Vida para Lima Metropolitana. Se encontró un aumento del afecto negativo luego de la primera semana de intervención del estudio preexperimental. Se encontraron altas tasas de deserción en ambos estudios y se analizaron los posibles motivos de deserción mediante comparaciones entre los participantes que continúan y abandonan la intervención luego de cada semana. Si bien hay algunos indicadores para sugerir que las IAC virtuales pueden funcionar en el contexto limeño, se requieren de mejores adaptaciones y más investigaciones para lograr mayor adherencia al tratamiento.

Palabras clave: bienestar subjetivo, intervenciones virtuales, adultos de Lima Metropolitana, intervenciones de aceptación y compromiso.

Abstract

The purpose of the present investigation was to adapt an on-line, self-help Acceptance and Commitment Therapy intervention and measure its effects on the subjective wellbeing of adults from Metropolitan Lima. This investigation had two different studies, the first one being an experimental one, in which participants were randomly assigned to a waiting-list control condition (N=24) and to an online intervention condition (N=24). Their scores were compared before and after the intervention's first week. The second study consisted of a pre-experimental design, in which the various scores of a single group (N=7), were measured weekly during 3 weeks and then compared. The instruments used in this study were the Scale of Positive and Negative Experiences (SPANE), the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Subjective Life Satisfaction Scale for Metropolitan Lima. An increase in negative affect was found after the first intervention week of the pre-experimental study. Moreover, high desertion rates were found. The possible motives for desertion rates were analysed by comparing the variable scores of participants that left the intervention with those who stayed after each week. Although results suggest that an online Acceptance and Commitment Therapy based intervention may be feasible in Metropolitan Lima, there is still need for better cultural adaptations of the model, as well as further research on how to improve treatment adherence.

Key words: Subjective wellbeing, on-line interventions, self-help, adults from Metropolitan Lima, acceptance and commitment therapy.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	13
Procedimiento	16
Análisis de datos	17
Resultados	19
Discusión	28
Referencias bibliográficas	38
Apéndices	54
Apéndice A: Diagrama de flujo de participantes del estudio de impacto de la primera semana de intervención	54
Apéndice B: Diagrama de flujo de participantes del estudio de cambios a lo largo de la intervención	55
Apéndice C: Consentimiento informado	56
Apéndice D: Ficha sociodemográfica	57

Apéndice E: Tabla de temáticas abordadas y contenidos de cada semana de intervención	58
Apéndice F: Resultados de la comparación entre el grupo control y experimental del estudio de impacto de la primera semana de intervención	60
Apéndice G: Análisis de medidas repetidas de los puntajes de SPANE-N y SPANE-P para los participantes que abandonan la intervención antes de culminar la tercera semana y los que no.	62
Apéndice H: Análisis de comparaciones par con par de los puntajes de SPANE-N y SPANE-B en los distintos momentos de medición para los participantes que abandonan la intervención antes de culminar la tercera semana y los que no.	63
Apéndice I: Análisis de contraste de puntajes de las variables evaluadas para los participantes que se quedan hasta el final de la tercera semana de intervención y los participantes restantes en cada momento de medición.	64

Introducción

El bienestar es un concepto utilizado para el estudio científico de la “felicidad” en la psicología (Diener et al., 2018). Existen dos aproximaciones conceptuales principales: la propuesta hedónica y la propuesta eudaimónica (Diener et al., 2018; Ryan y Deci, 2001). Desde la propuesta hedónica del bienestar (conocida también como bienestar subjetivo), este engloba el estado emocional de las personas (componente afectivo) y el nivel de satisfacción general con sus vidas (componente cognitivo) (Diener, 1984). La ventaja de este modelo radica en que no impone dimensiones específicas de bienestar subjetivo que pueden constituir un sesgo de lo que los investigadores creen que es fundamental para la felicidad, pero tiene la desventaja de presentar solamente indicadores generales cognitivos y afectivos (Ryan y Deci, 2000; Yamamoto, 2015). La propuesta eudaimónica propone que el bienestar se basa en el desarrollo del potencial humano mediante la satisfacción de necesidades universales (Ryan y Deci, 2001; Huta, 2013). Sin embargo, a esta propuesta se le critica que las “necesidades universales” especificadas por los diversos modelos no necesariamente se aplican a culturas fuera de la occidental (Ng, 2017; Joshanloo, 2014; Yamamoto, 2016; Yamamoto et al., 2008). En la actualidad se considera que ambas propuestas son complementarias para comprender el bienestar, y no son modelos que compiten para una única explicación de la felicidad (Diener et al., 2018; Keyes, 2002; Ryan y Deci, 2001).

Para resolver las debilidades de las propuestas existentes mencionadas anteriormente, Yamamoto et al. (2008) propusieron un modelo, basado en la investigación émica y post hoc. Este plantea que el bienestar subjetivo es un proceso que parte de necesidades universales que se configuran por el entorno en metas particulares. En este modelo, se observa que la satisfacción de estas metas requiere de recursos, los cuáles constituyen la dimensión circunstancial del bienestar subjetivo. Se encontró también que los valores sociales influyen en las necesidades, en la percepción de logro de las mismas y en los recursos, conformando así la dimensión cultural del bienestar subjetivo. En este modelo, los valores son entendidos como las creencias compartidas por un grupo social sobre el valor de diversas conductas o fines (Smith y Schwartz, 1996). Finalmente, se observó que la personalidad influyó en todas las variables antes mencionadas, por lo que constituyó la dimensión individual del bienestar subjetivo. En esta investigación, se realizaron etnografías y entrevistas estructuradas, y a través de la

técnica de análisis de contenido se extrajeron categorías para cada variable, que se convirtieron luego en los ítems de una escala tipo Likert. Esta escala fue posteriormente validada mediante un análisis factorial confirmatorio en una muestra más amplia. El uso de esta metodología ética resuelve el problema del sesgo cultural de los modelos eudaimónicos y el problema de la falta de indicadores de bienestar de la teoría hedónica. Este modelo ha sido empíricamente validado tanto en el corredor andino como en Lima Metropolitana (Yamamoto et al. 2008; Yamamoto, 2015). En Lima Metropolitana, se encontraron cuatro factores de metas o necesidades mediante un análisis factorial confirmatorio (Yamamoto, 2010): “sentirse bien” (que estuvo compuesto por las variables “autoestima”, “dar y recibir amor” y “salud”), “buen lugar para vivir” (que estuvo compuesto por las variables “ambiente limpio y bonito”, “seguridad, sin violencia ni delincuencia” y “buenas relaciones sociales”), “estatus” (que estuvo compuesto por las variables “buena ropa”, “movilidad propia” y “buena apariencia física”) y “hogar” (que estuvo compuesto por las variables “enseres domésticos”, “vivienda” e “hijos”). Adicionalmente, se encontraron cuatro valores: “cholo recio” (que estuvo compuesto por las variables “fortaleza en la adversidad”, “perseverancia” y “responsabilidad”), “empatía amigable” (que estuvo compuesta por las variables “empatía”, “sencillez-humildad” y “amistad”), “colectivismo latinoamericano” (que se estructura con las variables “aconsejar”, “compartir” y la “organización vecinal”) y “lealtad” (que tuvo como variables la “lealtad”, la “sinceridad” y la “honestidad”).

El modelo de ecuaciones estructurales planteado en el estudio de Yamamoto (2015) sugiere que el bienestar en este contexto está vinculado a conductas de cooperación colectivista y a relaciones sociales positivas con la familia y amigos. Por ejemplo, se encontró que el valor de “empatía amigable” influía de manera positiva y directa en los “recursos interpersonales y suerte”, lo cual a su vez influía de manera positiva y directa la satisfacción con el “sentirse bien”. Además, el valor denominado “colectivismo latinoamericano”, influenciaba de manera positiva y directa el logro con la necesidad “sentirse bien”.

El bienestar subjetivo está cobrando cada vez más importancia a nivel mundial. Hoy en día, 43 países monitorean el bienestar subjetivo de sus habitantes (Diener et al., 2015), y la promoción de la salud mental y el bienestar conforman uno de los objetivos de desarrollo sostenible de las naciones unidas (Herman et al., 2017). Esto se debe a que, a lo largo de los años, se ha podido encontrar que esta puede tener impactos importantes en diversos indicadores de la salud integral de las personas.

En el ámbito de la salud, se ha encontrado que existe una relación bidireccional entre el bienestar subjetivo y el tener hábitos de vida saludables (Kushlev et al., 2020). Además, el bienestar subjetivo está asociado a la recuperación médica acelerada (Lamers et al. 2012), y existe evidencia longitudinal de que es un factor protector contra la psicopatología (Lamers et al. 2015). En el ámbito laboral, se ha encontrado que el bienestar subjetivo reduce el riesgo de perder el trabajo (Luhmann et al. 2013) y existe evidencia experimental de que mayores niveles de bienestar subjetivo incrementan la productividad (Oswald et al., 2015). En el ámbito individual y social, se ha encontrado que los individuos con mayores niveles de bienestar subjetivo están más dispuestos a postergar gratificaciones inmediatas para lograr metas a largo plazo (Ifcher y Zarghamee, 2011), tienen mayor resiliencia al estrés (Diener et al., 2017) y existe evidencia transcultural de que tienen redes de soporte más amplias y de mayor calidad que otros individuos (Tay y Diener, 2011; Moore et al., 2017).

Los datos mencionados dejan en claro que la promoción del bienestar subjetivo tiene un potencial importante para la mejora de la calidad de vida integral de la población general adulta. Desde la psicología, se puede apreciar cómo este elemento se vincula a estilos de vida y conductas que favorecen el desarrollo óptimo de las personas y el afrontamiento exitoso a la adversidad. Sin embargo, el monitoreo del bienestar subjetivo no es suficiente para su promoción, se requieren de esfuerzos investigativos para encontrar las vías más efectivas y eficaces para promoverlo.

En Lima Metropolitana el 25% de la población adulta empleada se encuentra insatisfecha con su vida (Rentería y Román, 2015). Entre el 10 y 20% experimenta estados anímicos negativos con mucha frecuencia, como la tristeza, la irritabilidad, la angustia y la inquietud (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2013). Más aún, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen el porcentaje más alto de la carga de enfermedad en el Perú (17.5%), y la cantidad de casos atendidos por problemas de salud mental viene aumentando desde hace 10 años (Ministerio de Salud, 2014, 2018). También, una investigación realizada por el Instituto Integración (2016) comparó las mediciones de las necesidades de los habitantes de las zonas urbanas del Perú separadas por un período de cuatro años. Se encontró que los elementos que el peruano urbano consideraba necesarios para encontrarse satisfecho con la vida se han tornado más consumistas e individualistas: se ha reducido la importancia de la formación de una familia, hay una disminución del disfrute de lo que se tiene. Se le brinda menos importancia a la comunicación con la pareja y se disminuye la necesidad de recurrir a la

familia y los amigos (Instituto Integración, 2016).

Estas necesidades o metas de vida se van a relacionar con el bienestar subjetivo dependiendo del grado de sintonía que guarden con las necesidades universales de los seres humanos (Buss, 2000). Existe un consenso en la literatura evolucionista sobre qué conductas podrían constituir las “necesidades universales” de los seres humanos, siendo las principales la interacción social y cooperación con los miembros de la comunidad (McDonald y Leary, 2005; Ng, 2017; Yamamoto, 2016), al igual que el del emparejamiento, la reproducción exitosa, la crianza de los hijos y el apoyo al desarrollo y supervivencia de los parientes (Buss, 2016). La psicología evolucionista plantea que estas necesidades universales son patrones de conducta que fueron necesarios para la supervivencia de los seres humanos en entornos ancestrales (Ng, 2017; Tooby y Cosmides, 2008). Estos fueron reforzados positivamente por mecanismos psicológicos evolucionados como las emociones, con la finalidad de orientar al ser humano en la búsqueda de oportunidades de supervivencia en el ambiente (Ng, 2017). Por ende, ciertos patrones de conducta van a estar vinculados a experiencias emocionales positivas o negativas, dependiendo de si estas fueron reforzadas mediante los procesos de evolución. Por lo mismo, se considera que un patrón conductual que consistentemente responda a estas necesidades universales resultará en altos y sostenidos niveles de bienestar subjetivo (Buss, 2016). El estudio del Instituto Integración (2016) que ha sido mencionado previamente muestra cómo las metas de vida de los habitantes de las regiones urbanas del Perú se han venido distanciando de estas necesidades universales con el tiempo, lo cual constituye una amenaza a la experiencia subjetiva de bienestar y felicidad (Buss, 2000; Ng, 2017).

Anteriormente se señaló que los valores se relacionan con la satisfacción de necesidades, ya sea de manera directa o mediante su influencia en los recursos de los individuos (Yamamoto et al. 2008; Yamamoto, 2015). En Lima Metropolitana se observan valores caracterizados por el soporte mutuo y acción colectiva (Yamamoto, 2015), sin embargo, cómo se mencionó, las metas de vida de los peruanos que residen en ciudades urbanas del Perú pueden estar adquiriendo un carácter más materialista y brindándole menos importancia a las relaciones sociales (Instituto Integración, 2016), lo que refleja un distanciamiento entre las metas de vida de las personas y los valores sociales. Hay múltiples maneras mediante las cuáles esto puede afectar negativamente el bienestar subjetivo: En primer lugar, el materialismo ha sido sistemáticamente asociado inversamente con la satisfacción con la vida, el afecto positivo, el bienestar subjetivo, la salud física y la autoevaluación positiva (Dittmar et al. 2014). Dentro de las posibles

interpretaciones de estos resultados se plantea que las metas vinculadas a la autoaceptación, afiliación y cooperación comunitaria se encuentran vinculadas a la satisfacción de las necesidades psicológicas universales de los individuos, y la adopción de metas de vida materialistas por parte de los individuos restan la importancia brindadas al primero tipo de metas (Kasser, 2016; Kasser y Ryan, 1996). Además, autores como Rojas (2018) plantean cómo las metas de vida de los habitantes países latinoamericanos son de índole más relacional (Ej. enorgullecer a los hijos, poder ver a los hijos crecer), lo cual se vincula a mayores niveles de satisfacción con la vida familiar y consecuentemente, a mayores niveles de bienestar subjetivo. Si las metas de vida pierden estas características, el bienestar subjetivo puede entonces verse afectado. Adicionalmente, la disonancia entre metas de vida y valores ha sido vinculada a menores niveles de bienestar subjetivo que cuando ambas variables están alineadas (Oishi et al 1999). Más aún, cuando los valores no se encuentran alineados con las metas de vida, estos dejan de facilitar su satisfacción de manera directa y de influir en los recursos que la facilitan (Yamamoto, 2015; Yamamoto et al. 2008). Esto hace que el logro de una meta y el proceso mediante el cual se hace sea más difícil, afectando así el bienestar subjetivo.

Los motivos expuestos sugieren que los niveles de bienestar subjetivo en Lima requieren de atención de parte de la psicología. El lograr un grado óptimo de sintonía entre los valores culturales, metas de vida y las conductas que favorecieron la evolución humana será la vía más eficiente para la promoción del bienestar subjetivo en cualquier contexto (Yamamoto, 2015; Buss, 2000; Ng, 2017).

El desarrollo y medición de impacto de intervenciones de promoción del bienestar mental, caracterizadas por ser intervenciones de baja intensidad, fácil aplicación y distribución masiva, se encuentra dentro de las recomendaciones del plan de acción de salud mental de la OMS 2013-2020 (OMS, 2012), dado que permiten que el acceso al cuidado sea más fácil, más temprano, más flexible y menos costoso (Ahtinen et al., 2013). Un tipo de intervención que viene mostrando muy buenos indicadores de efectividad para el trabajo de promoción de la salud mental con poblaciones amplias son las intervenciones virtuales con formato de autoayuda (French et al. 2017; Levin et al. 2016). Lamentablemente, aún hay muy pocas intervenciones de este tipo cuya efectividad haya sido validada por procesos experimentales rigurosos (Versluis et al., 2016).

Una propuesta particularmente prometedora para la promoción del bienestar son las Intervenciones de Aceptación y Compromiso (IAC), un enfoque terapéutico trans-diagnóstico que incorpora técnicas de aceptación, conciencia plena, compromiso y

activación conductual para lograr que los individuos se conecten con sus valores y puedan tomar decisiones conscientes y alineadas con los mismos (Hayes et al., 2011). Inicialmente, estas intervenciones fueron impartidas en formatos presenciales grupales, que tenían una duración aproximada de 6 a 8 semanas, y estaban dirigidas principalmente a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión (Ost, 2014), donde se corroboró que su eficacia podía ser igual a la de terapias como la cognitiva conductual. Paralelamente, se han venido desarrollando IAC con formato de autoayuda, es decir, que al individuo se le brinda contenido psicoeducativo, ejercicios terapéuticos guiados en formato de audio, texto o video para que la persona pueda realizarlos por sí sola, o con apoyo mínimo por parte de un profesional. Estas han mostrado tener impactos favorables en el bienestar subjetivo, y otros constructos asociados al bienestar. Por ejemplo, en los estudios llevados a cabo por Fledderus et al., (2010, 2012) se encontró que los participantes con sintomatología ansiosa o depresiva leve incrementaron sus niveles de bienestar emocional, psicológico y social con tamaños de efecto que oscilaron entre 0.51 y 0.79 (medidos con el estadístico *d* de Cohen). Adicionalmente, estas intervenciones han sido adaptadas a formatos virtuales de autoayuda, donde los contenidos son brindados en plataformas virtuales, donde los individuos se conectan a libre disposición. Estas suelen durar entre 4 y 6 semanas y han obtenido resultados importantes en el bienestar subjetivo de diversas poblaciones, incluyendo poblaciones sin diagnósticos psicopatológicos o sin sintomatología psicopatológica grave. Por ejemplo, el estudio de Lappalainen et al., (2014) encontró que una IAC virtual de 6 semanas incrementó significativamente los niveles de satisfacción con la vida. Además, Rasanen et al. (2016) encontraron que el bienestar y la satisfacción con la vida incrementaron de manera significativa tras otra IAC virtual de 7 semanas en estudiantes universitarios. Los efectos en el bienestar general de las IAC con formato virtual se han sostenido por períodos largos, como 18 meses (Lappalainen et al., 2014) o hasta 5 años (Kohtala et al., 2017).

Una particularidad de este enfoque terapéutico es que el trabajo con los valores es uno de sus aspectos centrales, siendo estos definidos como “direcciones de vida escogidas” o cómo las consecuencias verbalmente construidas y libremente escogidas de diversos patrones de conducta que establecen recompensas inmediatas intrínsecas al patrón conductual (Hayes, 2013; Hayes et al., 2011). Otra, es la manera en cómo se abordan el trabajo con los pensamientos, sensaciones y emociones negativas: mientras muchos abordajes terapéuticos se centran en cambiar el contenido, reducir la intensidad y/o frecuencia de los mismos, este busca trabajar su función y contexto (Hayes et al.,

2011).

El modelo subyacente a este enfoque terapéutico es el de la flexibilidad psicológica, definida como el contacto consciente con el momento presente mientras se persiste o cambia el comportamiento en servicio de los valores escogidos (Hayes, 2016; Hayes et al., 2011). Este modelo se encuentra integrado por seis componentes que son trabajados de manera secuencial en las IAC: Estar en el presente, aceptación, dismantelamiento del yo, yo como contexto, valores y acción comprometida (García Higuera, 2006; Hayes, 2013). Los seis procesos mencionados contribuyen a la adaptabilidad humana, pero, de no encontrarse desarrollados o de darse el proceso inverso, promueven el sufrimiento y la psicopatología (Hayes, 2011). Existe amplia evidencia de éste modelo como propuesta transdiagnóstica, de modo que se ha podido encontrar que el trabajo con la flexibilidad psicológica contribuye al desarrollo de competencias psicológicas vinculadas a mayores niveles de bienestar y salud mental, cómo perspectivas temporales más balanceadas, mayores niveles de autorregulación, mayor capacidad de regulación atencional, mayores actitudes de aceptación y apertura en momentos estresantes, mayores niveles de conciencia y mayor capacidad de reflexión sobre procesos cognitivos automáticos (Kashdan y Rottenberg, 2010). La literatura sobre las terapias de aceptación y compromiso y sobre la flexibilidad psicológica menciona que aquellos procesos cognitivos desadaptados que se han automatizado, impiden que los individuos puedan plantearse metas que sean concordantes con sus valores y que puedan orientar sus acciones cotidianas hacia estas metas de manera efectiva, lo cual disminuye sus niveles de bienestar subjetivo (Hayes, 2016). Al no poder vincular sus acciones con las consecuencias deseadas, su comportamiento termina estando controlado por patrones de rutina automáticos, la conformidad social, los intentos de satisfacer a otros o la evitación de experiencias emocionales indeseadas, lo que afecta el bienestar del individuo (Hayes, 2016; Hayes et al., 2011; Kashdan y Rottenberg, 2010). En ese sentido, las IAC buscan utilizar técnicas de identificación de valores, planteamiento de metas y activación conductual para que las personas puedan plantearse metas que sean importantes y significativas, y puedan ir lográndolas de manera progresiva.

Se trata de un modelo pionero y altamente efectivo que busca incorporar las variables de metas de vida y valores como parte fundamental en la promoción del bienestar, lo cual es consistente con el modelo multidimensional de bienestar subjetivo planteado por Yamamoto et al. (2008) y Yamamoto (2015). En este modelo, la satisfacción de ciertas metas de vida, facilitada e influenciada por los valores, recursos y

personalidad, explica la satisfacción subjetiva de vida. Adicionalmente, el modelo de bienestar subjetivo de Lima Metropolitana planteado por Yamamoto (2015), muestra cómo el solo hecho de tener ciertas metas de vida, como la del “buen lugar para vivir”, predice la satisfacción de la necesidad de “sentirse bien”, y se discute cómo, de manera consistente con los estudios de la diferencia entre el placer anticipatorio y el placer de consumación de Sherdell et al. (2012), ciertas metas tienen la capacidad de generar satisfacción por sí mismas. En ese sentido, el solo hecho de que el planteamiento de metas sea parte de las IAC ya muestra un potencial de incidencia positiva sobre el bienestar subjetivo de acuerdo a lo planteado por Yamamoto (2015). Los demás elementos abordados en las IAC son facilitadores de este proceso principal. Particularmente en el ámbito del bienestar subjetivo, se ha encontrado que el desarrollo de la flexibilidad psicológica es la variable mediadora entre las IAC y los resultados favorables de bienestar encontrados (Fledderus et al., 2010; Kohtala et al., 2017; Levin et al., 2014; Pots et al., 2016).

Si bien los estudios experimentales de la efectividad de las IAC muestran resultados favorables de manera sistemática, su efectividad en contextos latinoamericanos aún no ha sido reportada. Además, es fundamental que se considere la adaptación de la intervención al contexto local, por lo menos en aspectos de lenguaje, terminología y ejemplos usados, ya que esto facilitará que la persona identifique la herramienta brindada como útil para resolver problemáticas relacionadas al bienestar subjetivo (Arévalo, comunicación personal, 2020; Stoddard y Afari, 2014). Además, la evidencia sugiere que las intervenciones que son adaptadas al contexto cultural dónde serán impartidas suelen ser más efectivas (Nagayama Hall et al., 2016; Rathod et al., 2016). En ese sentido, las IAC se prestan a la adaptación cultural especialmente mediante los ejercicios que utilizan metáforas. Estas son utilizadas para que los participantes puedan visualizar las consecuencias concretas de sus acciones en un contexto topográficamente distinto al real pero que tiene una secuencia funcional similar, y la similitud que estos escenarios imaginarios tengan con la realidad personal y cultural del receptor incrementará la efectividad de la misma (Stoddard y Afari, 2014).

Adicionalmente, se ha podido encontrar que existen algunos aspectos de las IAC que, de ser corregidos, podrían mejorar su efectividad aún más. Por ejemplo, las investigaciones que recogen las apreciaciones cualitativas de los participantes de IAC virtuales encuentran constantemente que estas son percibidas como muy extensas y repetitivas por los usuarios (Levin et al. 2017a). Adicionalmente, el formato tradicional

virtual de autoayuda, que suele tener una duración entre 6 y 8 semanas, puede ser muy extenso para tratarse de una intervención de promoción de salud mental de difusión masiva, ya que estas se caracterizan por ser de baja intensidad y fácil aplicación (Arango et al. 2018). Finalmente, los estudios de Richards y Richardson (2012) muestran que el porcentaje de adherencia al tratamiento para intervenciones virtuales de salud mental es del 50%, y sugieren que la practicidad y facilidad de las intervenciones son cruciales para que este porcentaje no aumente.

Por lo mismo, sería importante considerar la abreviación del formato tradicional de las IAC para evitar que esta sea percibida como muy extensa, y para que pueda funcionar como una intervención de promoción de salud mental de difusión masiva. Existen algunas IAC con formatos abreviados que han mostrado algunos impactos positivos en el bienestar subjetivo. Por ejemplo, la intervención de Donoso et al. (2017), que tuvo un formato presencial, con una duración de dos sesiones de tres horas, mostró una reducción del afecto negativo con un tamaño de efecto de 0.48. Otra intervención realizada por Levin et al. (2017) tuvo un formato virtual de autoayuda y una duración de cuatro semanas, y logró incrementar el bienestar social con un tamaño de efecto de 0.64.

Para poder simplificar y abreviar los contenidos de una IAC virtual es fundamental identificar los principales mediadores de los efectos que han tenido las mismas, y en base a eso, incluir sólo los ejercicios que desprenden de los mediadores más importantes. Lamentablemente, son pocos los estudios que incluyen los componentes aislados del modelo de flexibilidad psicológica como variables mediadoras de la efectividad de las IAC. El único componente que ha mostrado tener un menor o ningún impacto en los diversos objetivos de las IAC (ej. reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, incrementar el grado de alineación entre acciones y valores, incrementar la satisfacción con la vida, etc.) es el de “desmantelamiento del yo” (Niles et al., 2014; Levin et al., 2017a; Villatte et al., 2016; Pots et al., 2016; Levin et al., 2012). Previamente, este componente ha sido eliminado de procedimientos de intervención, cómo en el estudio de Villatte et al., (2016), al haber mucha similitud con otros componentes y una necesidad de crear módulos terapéuticos más compactos. Aun así, se encontraron incrementos en la satisfacción con la vida con un tamaño de efecto de 0.54. Por ende, la evidencia empírica sugiere que este componente es el único que podría ser omitido sin esperar mayores alteraciones en la efectividad de la propuesta terapéutica.

También, algunas de las herramientas utilizadas por las IAC podrían ser modificadas en base a las investigaciones sobre el rol de los valores en el bienestar

subjetivo. El modelo de flexibilidad psicológica postula que los procesos cognitivos desadaptados automatizados (ej. uso del razonamiento lógico para la resolución de problemas emocionales), impiden que las personas basen sus metas de vida y acciones en sus valores, lo cual disminuye sus niveles de bienestar subjetivo (Hayes, 2016). Por ende, el modelo de las IAC plantea que cuando una persona tome conciencia de estos procesos automáticos y busque alinear sus metas y acciones a sus valores, mejorará el bienestar subjetivo. Sin embargo, hay evidencia de que la relación entre valores y bienestar subjetivo no es siempre directa. No todos los valores necesariamente se asocian al bienestar subjetivo o a la salud mental, como es el caso de los valores materialistas (Kasser, 2016). Si bien la mayoría de IAC buscan partir de los valores que las personas ya tienen, un problema importante es que no se precisa cuáles de ellos pueden generar mayores niveles de bienestar subjetivo en contextos particulares y cuáles pueden afectarlo. Por ejemplo, en Lima Metropolitana, los valores de “empatía amigable” y “colectivismo latinoamericano” influyen de manera directa e indirecta en el logro de la necesidad de “sentirse bien” (Yamamoto, 2015). Mencionar estos valores en la intervención e incluir contenido sobre sus potenciales efectos en el bienestar subjetivo podría generar la activación de los mismos (Arieli et al. 2013), de modo que las personas se plantearán actuar de acuerdo a ellos, y podrán satisfacer sus metas o necesidades y experimentar bienestar subjetivo. Las técnicas de autorregulación de la conducta basada en valores de las IAC no toman esta variable en consideración, cuándo de hacerlo, podrían volverse más efectivas e incluso se podrían evitar efectos contraproducentes.

El propósito de la presente investigación es adaptar una IAC para la promoción del bienestar subjetivo en adultos de Lima Metropolitana, y medir su impacto semanal en el bienestar subjetivo. Esta será impartida en una plataforma virtual y tendrá una duración de cuatro semanas, la cual es una duración que ha reportado resultados favorables en investigaciones previas (Levin et al. 2017a, 2017b; Ly et al. 2012). Además, se realizarán tres principales modificaciones para incrementar su efectividad: se simplificará el contenido eliminando el componente más débil de las IAC, se buscará activar aquellos valores que están más vinculados al bienestar subjetivo en el contexto limeño y se modificará el contenido de los ejercicios que involucren metáforas para que reflejen la realidad cultural limeña.

Método

La presente investigación consistió de dos estudios, uno con diseño experimental, intersujetos y uno preexperimental, con un diseño intrasujetos de medidas repetidas. El estudio experimental consistió en el análisis de impacto de la primera semana de intervención, comparando los resultados de un grupo control con un grupo experimental. El estudio preexperimental consistió en el análisis de impacto de la intervención solamente en un grupo, desde el inicio de la intervención hasta el final de la semana tres. En este estudio, se empleó la modalidad de grupo control por lista de espera. Dado que se trataba de una intervención virtual, donde los porcentajes de abandono del tratamiento son altos, al grupo control por lista de espera sólo se le pidió que espere una semana para iniciar de intervención, ya que hacerles esperar las cuatro semanas que duraba el programa podría implicar una importante pérdida de participantes del grupo control. Por lo mismo, no se pudo tener un grupo control por más de una semana. Así, de manera adicional al análisis experimental, para poder monitorear el progreso de los participantes hasta la última semana de intervención, se procedió a unir los resultados de ambos grupos, ya que ambos tenían mediciones de impacto para todas las semanas de intervención. Las mediciones del impacto de la última semana de intervención no fueron incluidas dado que solo tres participantes completaron los cuestionarios hasta este momento.

Participantes

En total, hubo 95 personas que enviaron un correo deseando inscribirse al programa. 52 fueron asignadas al grupo control y 43 al grupo experimental. Sin embargo, se perdieron un total de 47 participantes, dado que no llenaron las medidas posteriores a la primera semana de intervención, o de condición control. En el apéndice A podrán encontrarse el diagrama de flujo de participantes para cada etapa del estudio. Así, en el estudio de impacto de la primera semana de intervención se analizó la data de 48 participantes. De ellos, 24 pertenecían al grupo control, donde la edad promedio resultó de 36.58 años ($DE=12.85$ años, rango= 18-68 años, $MD=32$ años). Este grupo estuvo conformado por 19 mujeres (79.1%) y 5 hombres (20.8%). En el grupo experimental hubo 24 participantes, cuya edad promedio fue 39.17 años ($DE=13.62$ años, rango=18-69 años, $MD=36$ años). Participaron 16 mujeres (66.7%) y 8 hombres (33.3%).

De los 95 participantes que enviaron un correo deseando inscribirse al programa,

solamente 75 llenaron los cuestionarios previos a la primera semana de intervención. De estos 75, solamente 7 participantes llenaron los cuestionarios previos a la cuarta semana de intervención o culminada la tercera semana de intervención. Por ende, solo la data de estos participantes pudo ser analizada en el estudio de cambios a lo largo de la intervención. Su promedio de edad fue de 39.43 años ($DE=15.45$ años, rango=26-68 años, $MD=33$). Hubo cinco mujeres (71.4%) y dos hombres (28.6%). En el apéndice B podrán encontrarse el diagrama de flujo de participantes para cada etapa del estudio. Adicionalmente, en la Tabla 1 se pueden observar todas las características demográficas de los distintos grupos tanto en el estudio de cambios a lo largo de la intervención como para el estudio de impacto de la primera sesión y los detalles de la muerte experimental. Es importante considerar que, para los contrastes de medias, sólo se utilizó la data de aquellos participantes que llegaron hasta la tercera semana de intervención en el estudio de cambios a lo largo de la intervención y de los que terminan la primera semana de intervención en el estudio de impacto de la primera sesión.

Tabla 1

Características demográficas de los grupos comparados en el estudio de impacto de la primera sesión y en el estudio de cambios a lo largo de la intervención

Estudio de impacto de la primera semana de intervención						
Variables	M1			M2		
	Total	Experimental	Control	Total	Experimental	Control
N (Perdidos por muerte experimental)	95 (0)	52 (0)	43 (0)	48 (47)	24 (28)	24 (19)
Edad						
<i>M(D.E.)</i>	36.01 (1.24)	35 (1.65)	37.23 (1.90)	37.88 (1.90)	39.17 (2.78)	36.58 (2.62)
Min-Max	18-69	18-69	18-68	18-69	18-69	18-68
<i>ME</i>	33	31	34	34	36	32
Genero (%)						
Mujer	73 (76.8%)	39 (75%)	34 (79.1)	35 (72.9)	16 (66.7%)	19 (79.2%)
Hombre	22 (23.2%)	13 (25%)	9 (20.9)	13 (27.1)	8 (33.3%)	5 (20.8%)
Estudio de cambios a lo largo de la intervención						
	Total	M1	M2	M3	M4	
N (Perdidos por muerte experimental)	75 (0)	75 (0)	27 (48)	10 (17)	7 (3)	
Edad						

<i>M(D.E.)</i>	35.73 (12.04)	35.73 (12.04)	40.52 (13.72)	43.80 (15.69)	39.43 (15.45)
Min-Max	18-69	18-69	21-69	26-69	26-68
<i>ME</i>	31	31	37	44.50	33
Genero (%)					
Mujer	57 (76%)	57 (76%)	18 (66.7%)	7 (70%)	(70%)
Hombre	18 (24%)	18 (24%)	9 (33.3%)	3 (30%)	(30%)

Nota. M1=Medidas previas a la primera semana de intervención, M2=Medidas posteriores a la primera semana de intervención, *M*=Media, *D.E.* = Desviación estándar, *ME*=Mediana.

Cómo criterio de exclusión, se pidió a los participantes que sean residentes de Lima Metropolitana y que sean mayores de 18 años. Esta data fue verificada con la información que los participantes brindaron en la ficha socio demográfica. Todos los participantes fueron informados de la naturaleza del estudio y aceptaron su participación voluntaria mediante un consentimiento informado, que puede verse en el apéndice C. La adaptación de la intervención, reclutamiento de participantes, medición de resultados e intervención estuvo supervisado por la dirección del grupo de investigación “Bienestar, cultura y Desarrollo” de la PUCP.

Medición

De acuerdo a la aproximación epistemológica del bienestar escogida para el presente estudio, se utilizaron medidas de satisfacción general con la vida, afecto positivo, afecto negativo y satisfacción de las necesidades de vida de la población de Lima Metropolitana. La satisfacción general con la vida y el afecto positivo y negativo han sido utilizadas previamente para medir la efectividad de las IAC tanto virtuales como presenciales (E.j. Fledderus et al., (2010, 2012); Trompeter et al., (2017); Donoso et al., (2017), Stafford-Brown y Pakenham, (2012); Lappalainen et al. 2014; Rasanen et al. (2016)).

Bienestar subjetivo:

SWLS: La Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (1985) es un instrumento de cinco ítems cuyo formato de respuesta es de tipo Likert con 7 opciones, que indican el grado de satisfacción con la vida de la persona, donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 7 es “Totalmente de acuerdo”. Esta prueba fue originalmente utilizada en dos muestras de 176 estudiantes universitarios estadounidenses y se obtuvo evidencia de

confiabilidad por consistencia interna, observándose coeficientes de alfa de Cronbach aceptable ($\alpha=0.87$).

Esta escala ha sido traducida al castellano y algunos autores como Atienza et al. (2000) han reducido las opciones de respuesta del instrumento a solo 5. Se consideró pertinente utilizar esta versión dado que, cuando esta prueba es aplicada dentro de una batería con otras pruebas que tienen escalas de respuesta distintas, las siete opciones pueden terminar siendo confusas (Atienza et al., 2000). La robustez de la versión traducida y con el formato de respuesta acortado de Atienza et al. (2000), que originalmente obtuvo un coeficiente de fiabilidad alto en una muestra de 697 adolescentes valencianos ($\alpha=0.84$), ha sido vuelta a validar por Blázquez et al. (2015) en una muestra de 301 adultos mexicanos y se halló una consistencia interna aceptable ($\alpha=0.83$).

En la presente investigación, la escala SWLS tuvo un Alfa de Cronbach (α) adecuado de 0.85

SPANE: La escala de experiencias positivas y negativas (SPANE), creada por Diener et al. (2010) es un cuestionario de 12 ítems que cuenta con dos subescalas de 6 ítems cada una. Una mide afecto positivo (SPANE-P) y la otra, afecto negativo (SPANE-N). Los autores proponen que, para medir el balance afectivo (SPANE-B), se debe de restar el puntaje de SPANE-P del de SPANE-N, de modo que el resultante mostraría la predominancia de uno de los extremos afectivos sobre el otro o el balance. Respecto a la fiabilidad del instrumento, este fue validado en una muestra de estudiantes universitarios (N=681-688 para los análisis de fiabilidad y N=257-261 para los análisis de estabilidad temporal), se encontraron coeficientes de consistencia interna altos (SPANE-P, $\alpha=0.87$; SPANE-N, $\alpha=0.81$; SPANE-B, $\alpha=0.89$) y también mostraron una estabilidad temporal alta (SPANE-P=0.62, SPANE-N=0.63, SPANE-B=0.68). Esta escala ha sido traducida al castellano y validada en 656 estudiantes universitarios peruanos por Cassaretto y Martínez (2017), y se encontraron coeficientes de confiabilidad aceptables para ambas subescalas del instrumento (SPANE-P, $\alpha=0.91$; SPANE-N, $\alpha=0.87$). En la presente investigación, la subescala del SPANE, SPANE-P, tuvo un Alfa de Cronbach (α) de 0.90 y la otra subescala del SPANE, SPANE-N, tuvo uno de 0.84. Estos coeficientes muestran que las presentes escalas tienen una adecuada evidencia de confiabilidad por consistencia interna (Taber, 2018).

Batería de satisfacción subjetiva de vida para Lima Metropolitana: Esta batería está compuesta por dos escalas: una que mide necesidades y otra logros. La primera escala mide el grado de importancia brindada a cada una de las necesidades de vida de la

población limeña con una escala de necesidades. La segunda, mide la percepción de logro de cada una de estas necesidades. Los puntajes de necesidades y logros son luego comparados para evaluar el grado de satisfacción con cada una de las necesidades de vida que mide la prueba. Ambas escalas fueron creadas por Yamamoto (2010, 2015) en base a 254 entrevistas estructuradas con alternativa de respuesta abierta en Lima. A través de la técnica de análisis de contenido se extrajeron las categorías para las variables que mide la prueba. Estas categorías fueron luego convertidas en ítems de una escala tipo Likert, que fueron validados mediante un análisis factorial confirmatorio en una muestra de 500 sujetos, representativa de Lima Metropolitana. Es así que se encontraron cuatro factores de metas: “Sentirse bien”, “buen lugar para vivir”, “estatus” y “hogar” ($\chi^2(48, N=500) = 62.8, p=0.073, CFI=0.987, RMSEA=0.025$). El factor “sentirse bien” está compuesto por las variables “autoestima” ($\lambda=0.75$), “dar y recibir amor” ($\lambda=0.67$) y “salud” ($\lambda=0.63$). El factor “buen lugar para vivir” tiene como indicadores “ambiente limpio y bonito” ($\lambda=0.68$), “seguridad” ($\lambda=0.61$) y “buenas relaciones sociales” ($\lambda=0.57$). El factor “estatus” tienen como indicadores “buena ropa” ($\lambda=0.67$), “movilidad propia” ($\lambda=0.60$) y “buena apariencia física” ($\lambda=0.54$). Finalmente, el factor “hogar” está compuesto por los indicadores “enseres domésticos” ($\lambda=0.62$), “vivienda” ($\lambda=0.58$) e “hijos” ($\lambda=0.37$). La solución factorial fue convertida en una escala de necesidades de 12 ítems, divididos en cuatro subescalas de 3 ítems cada una (La pregunta general de la escala es: “Desde su punto de vista ¿qué cosas se necesitan para ser feliz?”). Cada subescala correspondía a un factor de la solución factorial (Necesidad de sentirse bien, de tener un buen lugar para vivir, de estatus y de hogar) y estaba compuesta por los indicadores que conformaron cada factor en el análisis factorial previamente mencionado (Ej. La subescala de necesidad de sentirse bien estaba compuesta por los ítems “autoestima, quererse uno mismo”, “dar y recibir amor” y “salud”). Esta escala tiene un formato de respuesta de tipo Likert con 3 opciones de respuesta: “No necesario”, “necesario”, “muy necesario”. La escala de percepción de logro de necesidades se basa en estos mismos ítems y factores (La pregunta general de la escala es: “Su(s) _____ es (son)”), y tienen un formato de respuesta de tipo Likert con 4 opciones de respuesta: “No tiene/no hace”, “malo”, “más o menos”, “bueno”. La satisfacción subjetiva de vida se analiza contrastando las medias de los puntajes de cada necesidad con las del logro correspondiente con pruebas para dos muestras relacionadas. Esto genera tres posibles condiciones: insatisfacción (cuando la media del puntaje de necesidad es estadísticamente superior a la media del puntaje de logro), satisfacción (cuando la media del puntaje de necesidad es estadísticamente inferior

a la media del puntaje de logro), y equilibrio (cuando no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes de necesidad y logro).

En la presente investigación, las sub escalas de las escalas de necesidad y logro de la batería de satisfacción subjetiva de vida de Lima Metropolitana no mostraron evidencia de confiabilidad por consistencia interna (Taber, 2018), ya que los Alfas de Cronbach oscilaron entre 0.024 y 0.51, a excepción de la escala de Logro del Sentirse Bien, que tuvo un Alfa de Cronbach de 0.71 y la Necesidad de Estatus, que tuvo un Alfa de Cronbach de 0.62.

Procedimiento

La muestra se conformó mediante una invitación directa que fue publicada en una plataforma pública de difusión masiva (Facebook). En ella se brindaba el vínculo de acceso a la plataforma web dónde estarían los contenidos de la intervención: www.limasefeliz.com. Al ingresar a la página, se brindó un video informativo sobre la intervención que tuvo una duración de 7 minutos, y en caso la persona deseara participar, se le pidió que envíe un correo electrónico inscribiéndose al programa. Cuando las personas enviaban el correo, se realizaba la asignación aleatoria estratificada por sexo. A los participantes del grupo experimental se le brinda la clave de acceso al programa de manera inmediata y a los asignados al grupo control se les explica que esta se les enviará en una semana, y recién ahí podrán comenzar la intervención (grupo control con modalidad de lista de espera). Sin embargo, a ambos grupos se les brinda el vínculo a los tres cuestionarios, al consentimiento informado y a la ficha sociodemográfica (apéndice D). Se les pidió que los llenen apenas hayan recibido el correo, y al grupo experimental se le pidió que lo hagan antes de iniciar la primera sesión. Todos los cuestionarios eran respondidos en plataformas virtuales, y los resultados, luego del consentimiento del participante, eran enviados automáticamente a los investigadores. Al culminar la primera semana de intervención, se les mandó un recordatorio por correo a los participantes de ambas condiciones para que llenen el segundo grupo de cuestionarios antes de que comenzaran a visualizar los contenidos de la sesión de la semana entrante. El mismo procedimiento fue repetido para las sesiones correspondientes a las semanas posteriores.

La intervención tuvo una duración de cuatro semanas y el contenido de cada semana estaba conformado por un video de duración entre 16 y 25 minutos y ejercicios complementarios. Esta intervención tuvo un formato virtual de autoayuda, no hubo

ningún tipo de acompañamiento terapéutico o contacto con el investigador fuera de las coordinaciones de entrega de las claves de acceso para los contenidos de cada semana. Los contenidos de la intervención fueron refinados en base a las discusiones con los miembros del grupo de investigación “Bienestar, Cultura y Desarrollo” de la PUCP y en base a la retroalimentación de tres adultos a los cuáles se les mostró una versión inicial de los contenidos de la intervención.

Los videos consistían de diversos módulos psico-educativos, metáforas, y ejercicios vivenciales. Al finalizar cada video, se les pedía a los participantes que, al terminar los ejercicios de cada semana, llenasen los siguientes grupos de mediciones. Adicionalmente, había recordatorios en la plataforma web para que los participantes llenasen las mediciones al terminar los ejercicios de esa semana. En el apéndice E se muestra la relación de los elementos incluidos en los módulos de cada semana. Cada semana correspondía a un eje temático distinto, de acuerdo a los contenidos y al orden que proponen Bohlmeijer y Hulsbergen (2013) y Hayes (2011). El detalle de las temáticas abordadas también puede verse en el apéndice E.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.22. En primer lugar, se procedió a analizar la confiabilidad de las diversas escalas utilizadas en este estudio. Para todas las escalas utilizadas en el presente estudio, se llevó a cabo un análisis de confiabilidad a partir del alfa de Cronbach.

Los análisis de confiabilidad mostraron coeficientes adecuados para las escalas SWLS, SPANE-P, SPANE-N, Logro del Sentirse Bien y Necesidad de Estatus, y sólo se analizaron los puntajes de estas escalas y sub escalas. Por ello, en el caso de la Batería de Satisfacción Subjetiva de Vida para Lima Metropolitana, no se pudo realizar los análisis para encontrar la satisfacción con las necesidades de la prueba, que requiere del contraste de las medias de todos los puntajes de necesidad y logro para cada área de la prueba.

Luego, se realizó un análisis exploratorio para comprobar la normalidad de los puntajes de los diversos grupos a ser analizados mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($N < 50$). Estos resultados fueron complementados con los índices tipificados de asimetría y curtosis.

Para el estudio de impacto de la primera sesión, la normalidad de datos pudo ser asumida para todos los puntajes de los diversos grupos a ser comparados a excepción del

de Logro con el Sentirse bien, ya que los puntajes del grupo control no tuvieron distribución normal en ninguno de los momentos de medición.

Primero, para conocer las relaciones entre las variables de estudio, se realizaron análisis de correlaciones de Pearson entre las diversas variables de medición con toda la muestra del momento 1 (N=95), y luego para las muestras del grupo control del momento 1 (N=52) y experimental del momento 1 (N=43) de manera separada.

Para conocer el impacto de la primera semana de intervención, se realizaron contrastes de medias de las variables entre el grupo control y experimental antes y después de esta primera semana. En los casos en los que sí se pudo asumir distribución normal de la data en ambos grupos a ser comparados, se realizaron pruebas T para muestras independientes. En el caso del Logro con el Sentirse Bien, al no encontrar evidencia estadística de distribución normal de la data en ambos grupos, se utilizó la prueba U de Mann Whitney en ambos momentos de medición.

Para el estudio de cambios a lo largo de la intervención, no se pudo asumir normalidad en todos los momentos de medición para la sub escala Necesidad de Estatus, y en ese caso, se realizaron análisis no paramétricos: La prueba de Friedman para k muestras relacionadas. Para las escalas SWLS, SPANE-P, SPANE-N, SPANE-B y Logro con el Sentirse Bien, dónde sí se pudo asumir normalidad en todos los momentos de medición, se llevaron a cabo análisis de medidas repetidas. En caso se encontrasen diferencias entre los puntajes, se realizaron comparaciones par con par, para identificar en dónde se encontraban las mismas.

De manera complementaria, para indagar con mayor profundidad los impactos de la intervención, se realizaron contrastes de medias de las variables evaluadas de aquellos que se retiran luego de cada semana de intervención con los que se quedan, para cada momento de medición. En caso se hallasen diferencias entre los puntajes de estos sub grupos luego de la primera o segunda semana de intervención, se realizaron análisis de medidas repetidas para cada sub grupo, con la finalidad de determinar si la diferencia hallada se debía a un cambio estadísticamente significativo en los puntajes de cada sub grupo a lo largo de la intervención. Adicionalmente, se contrastaron las medias de los participantes que llegan hasta la tercera semana de intervención con los demás participantes en cada momento de medición. Se analizó la normalidad para cada uno de estos grupos y se realizaron análisis de contraste de medias independientes paramétricos (Prueba T para muestras independientes) o no paramétricos (Prueba U de Mann Whitney) dependiendo de los resultados.

Resultados

En primer lugar, se mostrarán los resultados del estudio de impacto de la primera semana de intervención, y luego aquellos correspondientes al estudio de cambios a lo largo de la intervención. Para el estudio de impacto de la primera semana de intervención, la recolección de datos se dio en dos momentos: previo al inicio de la intervención (M1) y finalizada la primera semana de intervención (M2). Para el estudio de cambios a lo largo de la intervención, la recolección de datos se dio en cuatro momentos distintos: Antes de la primera semana de intervención (M1), luego de la primera semana de intervención (M2), luego de la segunda semana de intervención (M3) y luego de la tercera semana de intervención (M4).

En el estudio de impacto de la primera semana de intervención el porcentaje de muerte experimental total fue de 49.47% del M1 al M2 (porcentaje de participantes que dejaron de contestar los cuestionarios), lo cual dejó un total de 48 participantes. Sólo los datos de estos participantes fueron analizados en el estudio de comparación de medias pre y post intervención. Para el grupo experimental, este fue de 52.94% del M1 al M2, dejando un total de 24 participantes en este grupo. Para el grupo control, este fue de 45.45% del M1 al M2 dejando también un total de 24 participantes en este grupo. Los detalles del flujo de la muestra pueden verse en el apéndice A.

En primera instancia, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables de estudio con la muestra total del M1 (N=95), y luego de manera separada con la muestra total del grupo control (N=43) y el grupo experimental (N=52). Los resultados de este análisis pueden observarse en la tabla 2. En los tres casos, se halló que las variables que presentaron correlaciones estadísticamente significativas más elevadas fueron la sub escala SPANE-N con la sub escala SPANE-B. Adicionalmente, en los tres casos estas correlaciones fueron de magnitud elevada. Las variables con las segundas correlaciones positivas más elevadas fueron las sub escalas SPANE-B con SPANE-P. La escala SPANE-N con la escala SPANE-P mostró correlaciones negativas y altas para la muestra total y el grupo experimental. Sin embargo, en el caso del grupo control se encontraron correlaciones medianas entre estas dos variables. En el caso de la escala SWLS, se encontraron correlaciones positivas y altas con las sub escalas SPANE-P, SPANE-B y logro con el Sentirse bien tanto para el grupo control, grupo experimental y muestra total. Igualmente, se encontró una correlación negativa y mediana entre el

SPANE-N y SWLS en las tres muestras y una correlación negativa y alta entre el logro con el Sentirse Bien y SPANE-N, también en las tres muestras. La necesidad de Estatus no mostró correlaciones estadísticamente significativas con ninguna de las demás variables.



Tabla 1

Correlaciones de Pearson en el momento 1 de medición de la muestra total y de la muestra de los grupos experimental y control

Muestra total (N=95)										
Medida	<i>M</i>	<i>D.E.</i>		1	2	3	4	5	6	
1. SWLS	17.60	4.08		-						
2. SPANE-P	21.33	4.10		0.71**	-					
3. SPANE-N	15.80	4.55		-0.45**	-0.55**	-				
4.SPANE-B	5.53	7.60		0.65**	0.87**	-0.89**	-			
5.Necesidad Estatus	1.44	0.41		-0.02	0.11	-0.02	0.07	-		
6. Logro Sentirse bien	2.54	0.49		0.61**	0.71**	-0.52**	0.69**	0.05	-	
Muestras separadas por grupo control y experimental										
	GC (N=43)		GE (N=52)							
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>						
1. SWLS	17.21	4.30	17.92	3.90	-	0.78**	0.33*	0.66**	0.07	0.64**
2. SPANE-P	21.01	4.13	21.52	4.09	0.64**	-	-0.35*	0.80**	0.11	0.63**
3. SPANE-N	15.49	4.52	16.06	4.61	-0.57**	-0.72**	-	-0.84**	0.08	-0.36*
4. SPANE-B	5.61	7.10	5.46	8.06	0.65**	0.92**	-0.94**	-	0.10	0.58**
5.Necesidad Estatus	1.47	0.41	1.42	0.42	-0.95	0.11	-0.09	0.11	-	0.23
6. Logro Sentirse bien	2.53	0.45	2.54	0.53	0.60**	0.76**	-0.64**	0.76**	-0.06	-

Nota. SWLS=Escala de Satisfacción con la vida, SPANE-P= Sub escala de afecto positivo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de afectividad positiva y negativa, *M*=Media, *D.E.* = Desviación estándar. En la sección de muestras separadas por grupo control y experimental, las correlaciones del grupo control son presentadas encima de la línea diagonal y las del grupo experimental son presentadas debajo de la línea diagonal.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

En relación con la comparación de diferentes aspectos del bienestar subjetivo hedónico entre el grupo experimental y el grupo control, no se encontraron diferencias en ninguno de los indicadores. Estos resultados pueden verse en la tabla 3. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y experimental en ninguno de los momentos de medición para la necesidad de Estatus ni para el logro con el Sentirse Bien (para el último, se usaron pruebas no paramétricas ya que no pudo asumirse la normalidad de datos en los grupos).

Tabla 2

Diferencias entre grupos en satisfacción con la vida, afectividad, necesidad de estatus y logro con el sentirse bien antes y después de la primera semana de intervención

Análisis paramétricos					
Medida	Momento de medición	Grupo		<i>t</i>	<i>p</i>
		Control (N=24)	Experimental (N=24)		
		<i>M</i> (<i>D.E.</i>)	<i>M</i> (<i>D.E.</i>)		
SWLS	M1	17.63 (4.16)	17.25 (3.79)	0.33	0.75
	M2	18.25 (3.95)	17.75 (3.90)	0.44	0.66
SPANE-P	M1	20.71 (3.97)	21.54 (5.05)	-	0.53
	M2	21.79 (4.75)	21.00 (5.11)	0.64	0.58
SPANE-N	M1	15.63 (4.94)	15.58 (5.18)	0.03	0.98
	M2	15.71 (4.89)	15.54 (5.72)	0.11	0.91
SPANE-B	M1	5.08 (7.55)	5.96 (9.70)	-	0.72
	M2	6.08 (8.75)	5.46 (9.97)	0.35	0.81
Necesidad Estatus	M1	1.49 (0.46)	1.40 (0.49)	0.23	0.55
	M2	1.46 (0.40)	1.48 (0.48)	0.61	0.83
Análisis no paramétricos					
		<i>ME</i>	<i>ME</i>	<i>Z</i>	
Logro Sentirse Bien	M1	2.67	2.67	-	0.93
	M2	2.67	2.67	0.90	0.67
				0.43	

Nota. SWLS=Escala de Satisfacción con la vida, SPANE-P= Sub escala de afecto positivo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de afectividad positiva y negativa, M1=Medidas previas a la primera semana de intervención, M2=Medidas posteriores a la primera semana de intervención, *M*=Media, *D.E.*= Desviación estándar, *ME*=Mediana.

En el estudio de cambios a lo largo de la intervención el porcentaje de muerte

experimental fue de 90.67% del M1 al M4 (porcentaje de participantes que dejaron de contestar los cuestionarios). Esto redujo la muestra de 75 sujetos a 7. Sólo los resultados de estos 7 sujetos fueron utilizados en el análisis de medidas repetidas.

La tabla 4 muestra los resultados de las pruebas de medidas repetidas para los puntajes de SWLS, SPANE-P, SPANE-N, SPANE-B y logro con Sentirse Bien y necesidad de Estatus. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los diversos momentos de medición para la subescala SPANE-N.

Tabla 4

Diferencias en satisfacción con la vida y afectividad a lo largo de la intervención

Análisis Paramétricos						
Medida	Momento de medición				F	p
	M1 (N=7)	M2 (N=7)	M3 (N=7)	M4 (N=7)		
	M (D.E.)	M (D.E.)	M (D.E.)	M (D.E.)		
SWLS	16.86 (4.60)	17.86 (4.78)	17.86 (5.61)	19.00 (4.12)	1.43	0.27
SPANE-P	21.29 (1.46)	21.57 (1.59)	21.14 (2.04)	23.00 (1.65)	1.33	0.30
SPANE-N	15.71 (2.06)	17.86 (1.96)	15.71 (2.50)	15.14 (2.25)	3.87*	0.03
SPANE-B	5.57 (3.39)	3.71 (3.46)	5.43 (4.30)	7.86 (3.54)	1.97	0.16
Logro Sentirse bien	2.52 (0.54)	2.57 (0.46)	2.57 (0.46)	2.57 (0.46)	0.243	0.70
Análisis no paramétricos						
Medida	Momento de medición				Chi- cuadrado	p
	M1 (N=7)	M2 (N=7)	M3 (N=7)	M4 (N=7)		
	ME	ME	ME	ME		
Necesidad Estatus	1.33	1.33	1.00	1.00	4.40	0.22

Nota. SWLS=Escala de Satisfacción con la vida, SPANE-P= Sub escala de afecto positivo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de afectividad positiva y negativa, M1=Medidas previas a la primera semana de intervención, M2=Medidas posteriores a la primera semana de intervención, M3= Medidas posteriores a la segunda semana de intervención, M4= Medidas posteriores a la tercera semana de intervención, M=Media, D.E.= Desviación estándar, ME=Mediana.

*p<0.05

La tabla 5 muestra los resultados de los análisis de comparación par con par, que detectaron un aumento significativo en los puntajes del SPANE-N luego de la primera semana de intervención. Sólo se encuentran diferencias significativas entre los puntajes del M1 y M2. Si bien las medias para los puntajes del SPANE-N retornan al puntaje inicial en el M3 e inclusive disminuyen el puntaje inicial en el M4, estas diferencias no llegan a tener significancia estadística, por lo cual no se puede asumir que los niveles de SPANE-N retornan al puntaje inicial o disminuyen.

Tabla 5

Diferencias en puntajes de SPANE-N entre momentos de medición

Medidas comparadas	Diferencia de medias	<i>p</i>
M1 – M2	-2.14*	0.049
M1 - M3	0	1
M1 - M4	0.57	1
M2 - M3	2.14	0.16
M2 - M4	2.71	0.08
M3 - M4	0.57	1

Nota. M1=Media del puntaje de SPANE-N en la medida previa a la primera semana de intervención, M2= Media del puntaje de SPANE-N en la medida posterior a la primera semana de intervención, M3= Media del puntaje de SPANE-N en la medida posterior a la segunda semana de intervención, M4= Media del puntaje de SPANE-N en la medida posterior a la tercera semana de intervención,

* $p < 0.05$

Los análisis de las diferencias entre las medias de las variables evaluadas de aquellos que se retiran con los que se quedan en cada momento de la intervención son mostrados en la tabla 6. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los diversos grupos de participantes en el M1 y el M3, y por ello, sólo los resultados de estos momentos de medición se muestran en la tabla. Sin embargo, los resultados completos pueden encontrarse en el apéndice F. En el M1, se puede apreciar que los participantes que no terminan la primera semana de intervención mostraron mayores niveles de satisfacción con la vida que los que sí la terminan, con un tamaño de efecto pequeño según los criterios de Cohen (1988). Adicionalmente, los participantes que no terminan la primera semana de intervención muestran mayores niveles de afecto negativo con un tamaño de efecto medio según los criterios de Cohen (1988, 1992) y un balance afectivo negativo, el cual es significativamente menor que el de los participantes que sí continúan con la intervención con un tamaño de efecto pequeño según los criterios de Cohen (1988, 1992). Finalmente, los participantes que no terminan

la primera semana de intervención muestran una mayor necesidad de estatus que los que sí la terminan, con un tamaño de efecto grande según los criterios de Cohen (1988, 1992).

En el M3, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de afecto negativo de aquellos que terminan la tercera semana de intervención con los que no, siendo menor el nivel de los que no la terminan, así como también en los niveles de balance afectivo, siendo mayor el de aquellos que no lo terminan. El tamaño de efecto de esta diferencia es grande en ambos casos según los criterios de Cohen (1988, 1992). Al momento de realizar los análisis par con par de los puntajes de SPANE-N y SPANE-B, tanto para aquellos que terminan la tercera semana de intervención como para los que no, sólo se encontraron las mismas diferencias que pudieron ser observadas en la tabla 4 y 5, es decir, diferencias entre el afecto negativo de los participantes que terminan la tercera semana de intervención en el M1 y el M2. En el caso de los tres participantes que abandonan la intervención antes de culminar la tercera semana de intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sus puntajes de SPANE-N ni SPANE-B en los distintos momentos de medición. Estos resultados pueden observarse en el apéndice G y en el apéndice H.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 7 participantes que terminan la tercera semana de intervención con los demás participantes en los momentos de medición 1, 2. Los resultados del momento 3 son los mismos vistos en la tabla 6, ya que se contrastan los mismos grupos. Estos resultados pueden observarse en el apéndice I.

Tabla 6

Diferencias entre las medias de las variables evaluadas de los participantes que se quedan y se retiran en cada semana

Medida	Pruebas T para muestras independientes (Paramétricas)													Prueba U de Mann Whitney (No paramétricas)					
	M1 (N=75)						M3 (N=10)						M1 (N=75)						
	Terminan la primera semana (N=27)		No terminan la primera semana (N=48)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Terminan la tercera semana (N=7)		No terminan la tercera semana (N=3)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	ME	ME	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
<i>M</i>	<i>D.S</i>	<i>M</i>	<i>D.S</i>	<i>M</i>				<i>D.S.</i>	<i>M</i>	<i>D.S</i>									
SWLS	17.33	4.07	20.54	3.93	-0.35	0.00*	0.08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SPANE-P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SPANE-N	-	-	-	-	-	-	-	15.71	6.61	8.33	2.08	-2.67	0.03*	1.89	15.00	20.00	-2.83	0.01*	0.33
SPANE-B	-	-	-	-	-	-	-	5.42	11.39	17.00	3.61	2.42	0.04*	1.71	10.00	-1.00	-2.29	0.02*	0.26
Necesidad de Estatus	1.43	0.48	2.30	0.78	5.95	0.00*	1.39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. SWLS=Escala de Satisfacción con la vida, SPANE-P= Sub escala de afecto positivo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de

afectividad positiva y negativa, M1=Medidas previas a la primera semana de intervención, M3= Medidas posteriores a la segunda semana de intervención, M =Media, $D.E.$ = Desviación estándar, ME =Mediana, d = estadístico D de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto de la diferencia de medias con pruebas paramétricas (se obtiene mediante el cálculo de la media de la diferencia entre los dos grupos analizados, dividida entre la desviación estándar agrupada), R = estadístico R de Rosenthal para el cálculo del tamaño del efecto de la diferencia de medias con pruebas no paramétricas (se calcula dividiendo el estadístico Z entre la raíz cuadrada de la suma del número de sujetos de cada una de las muestras comparadas). Solamente se incluyeron los resultados de los momentos de medición en los cuáles se obtuvieron diferencias significativas entre los puntajes de los grupos analizados.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$



Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo principal adaptar una IAC con formato de autoayuda al contexto Limeño y medir su impacto en el bienestar subjetivo de adultos de Lima Metropolitana. Inicialmente, se correlacionaron todas las variables de estudio en la muestra general, y en el grupo control y experimental. Se pudo observar un cambio opuesto a los resultados esperados: el incremento en la afectividad negativa luego de la primera semana del estudio de cambios a lo largo de la intervención. Sin embargo, los resultados más importantes a discutir son las altas tasas de mortalidad experimental en el estudio de cambios a lo largo de la intervención y en el estudio de medición de impacto de la primera semana.

Primero, se discutirán los hallazgos de las pruebas de correlaciones entre las variables de estudio. Se pudieron observar todas las relaciones teóricamente esperadas y previamente reportadas (Diener et al., 2010), con las magnitudes esperadas entre SWLS y las subescalas de la prueba SPANE: Correlaciones negativas y medianas entre el SWLS y el SPANE-N (a excepción del grupo experimental, donde la correlación fue grande), y grandes y positivas entre el SWLS con SPANE-P y SWLS con SPANE-B (Diener et al., 20). El logro con el sentirse bien tuvo una correlación positiva y grande con la satisfacción con la vida, afectividad positiva y balance afectivo. Además, tuvo correlaciones negativas y grandes con la afectividad negativa en el caso de la muestra total y del grupo experimental, y en el caso del grupo control una correlación negativa y mediana. Estas correlaciones eran esperadas, considerando que este logro está compuesto por los indicadores tener salud, dar y recibir amor y tener autoestima, que son variables que han sido previamente relacionadas con mayores niveles bienestar subjetivo (Diener et al. 2018). Adicionalmente, en los estudios de Yamamoto (2015), se encontró que el logro con la necesidad del sentirse bien se encontraba explicado principalmente por las expectativas, valores y recursos de índole social. Las metas de vida y valores relacionales son fundamentales para explicar los altos niveles de bienestar en América Latina (2018), lo cual podría explicar por qué el logro del sentirse bien se vincula negativamente al afecto negativo, y positivamente a la afectividad positiva, al balance afectivo y a la satisfacción con la vida. No se encontraron correlaciones significativas entre ninguna de las variables con la necesidad de estatus, en ninguna de las muestras. Esto resulta contrario a lo

esperado ya que las metas de vida de índole materialista, cómo lo son los componentes de la necesidad de estatus, sí han sido previamente vinculados a mayores niveles de afectividad negativa, menores niveles de afectividad positiva y menores niveles de satisfacción con la vida (Dittmar et al. 2014). Sin embargo, Yamamoto (2015) discute que, dado que los resultados de su investigación mostraron que la necesidad de estatus ejerce un efecto directo sobre la satisfacción con el estatus, se puede esperar que esta necesidad tenga un efecto satisfactorio en sí mismo en base a la teoría del placer anticipatorio de las metas (Sherdell et al., 2012). Esto ocurre dado a que la expectativa de satisfacer esta necesidad pueda generar un placer motivado, sin que éste necesariamente impacte en otros indicadores positivos del bienestar subjetivo por la naturaleza materialista de la meta en sí, pero que sí amortigüe sus efectos en la afectividad negativa.

Luego de la primera semana del estudio de cambios a lo largo de la intervención se pudo observar un incremento en la afectividad negativa. Durante esta primera semana, se brindó un módulo psicoeducativo y ejercicios orientados a la identificación de procesamientos cognitivos automáticos inadaptados, y se usó metáforas para disminuir el impacto negativo de patrones automáticos de pensamiento. En las IAC, se enfatiza cómo estos procesos automáticos se caracterizan por buscar evitar las experiencias emocionales negativas, al igual que pensamientos intrusivos, negativos o indeseados por las personas (Brown et al., 2016; French et al., 2017; Hayes, 2016). Así, el incremento en la afectividad negativa luego de la primera semana del estudio de cambios a lo largo de la intervención podría asociarse a que los participantes están logrando disminuir los intentos de evitar el dolor, estrés y preocupación, como consecuencia del aumento del contacto consciente con los mismos. Entonces, es posible que el incremento del afecto negativo aquí reportado sea una parte del desarrollo de la capacidad para afrontar exitosamente el estrés, pensamientos negativos y/o afectividad negativa. Más aún, es importante considerar que el balance afectivo de estos participantes no se ve afectado, lo cual indica que, si bien hay un aumento en la afectividad negativa, la experiencia afectiva general de los participantes sigue siendo la misma, y este efecto no resulta perjudicial para los participantes. Sin embargo, dado que estos resultados no fueron vistos en el estudio de impacto de la primera semana de intervención, es importante continuar realizando estudios posteriores para corroborar la interpretación planteada. También, es importante mencionar que los niveles de afectividad negativa muestran indicios de disminuir luego de la segunda semana de intervención. En esta segunda semana, se realiza una introducción a la conciencia plena y se brindan algunas meditaciones guiadas. Este tipo

de ejercicios han sido vinculados a reducciones en los niveles de afectividad negativa (Cresswell et al. 2017; Villatte et al. 2016), ya que suelen ayudar a las personas a evitar entrar en círculos de pensamientos que agravan la afectividad negativa (Hayes et al. 2011). Esto podría explicar por qué estos puntajes parecen regresar a los niveles de línea base luego de la segunda semana de intervención, o por lo menos se mantienen y no continúan incrementando. Es importante señalar que estos resultados no han sido reportados en estudios previos ya que la mayoría de estudios de eficacia de las IAC no miden su impacto semanal, sino que suelen medirlo cuando estas han culminado.

Se pudo observar que la tasa de mortalidad experimental en el estudio de cambios a lo largo de la intervención fue de 90.67%, y en el caso de la medición de impacto de la primera semana de intervención, de 52.97% en el grupo experimental. Estos porcentajes son superiores al esperado en intervenciones virtuales de salud mental, que suele ser de, aproximadamente, 50% (Richards y Richardson, 2012). Más aún, específicamente en intervenciones virtuales de aceptación y compromiso, el porcentaje promedio de muerte experimental suele ser de 17.4% (Brown et al. 2016). Tanto la alta tasa mortalidad experimental y la ausencia general de indicadores de efectividad (ej. incremento en afecto positivo y satisfacción con la vida) indican que la intervención no cumple con conectarse con el usuario.

Los análisis de los contrastes de medias de las variables evaluadas de aquellos que se retiran luego de cada semana de intervención nos permiten comprender mejor por qué es que podrían estar dándose estos resultados. Estos análisis mostraron que los participantes que se retiraron antes de terminar la primera semana de intervención tenían, en promedio, mayores niveles de afecto negativo con un tamaño de efecto medio y un balance afectivo negativo, el cual es significativamente menor que el de los participantes que sí continúan con la intervención con un tamaño de efecto pequeño. Estos resultados han sido reportados en algunos estudios previos, en los que se encuentra que los participantes que tienen menos síntomas depresivos (entre ellos el afecto negativo) muestran mayor adherencia a intervenciones virtuales de salud mental (Christensen et al. 2009). Algunos autores sugieren que esto puede deberse a que los participantes con mayores indicadores positivos de salud mental pueden tener mayor capacidad de ser constantes en intervenciones de autoayuda (Hedman et al. 2014). Adicionalmente, se ha encontrado que las intervenciones virtuales de salud mental que han logrado tener mayor retención y adherencia para pacientes con sintomatología depresivo-ansiosa leve y/o moderada son aquellas que brindan algún tipo de soporte personal (Andersson et al. 2013;

Andrews et al. 2010; Richards y Richardson, 2012). En esa línea, es posible que los participantes que tuvieron indicadores de una salud mental positiva reducida podrían requerir de una intervención más personalizada para lograr engancharse con la misma.

Más aún, es importante mencionar que las intervenciones cortas, virtuales, con modalidad de autoayuda y con bajo o nulo soporte terapéutico, como la IAC evaluada en el presente estudio, son parte de lo que serían consideradas parte de los primeros niveles de intervención de sistemas de salud escalonados (Bolier et al. 2013). Este tipo de intervenciones, que se caracterizan por estar centradas en la promoción de salud y prevención de enfermedad, estarían dirigidas a la población general, con mayores niveles de salud y con mayor capacidad de autocuidado (Bolier et al. 2013). Este tipo de intervenciones no reemplazan otro tipo de tratamientos más intensos, personalizados y especializados, y es posible que, en muchos casos, estas no brinden los resultados esperados a los participantes que requieran servicios más especializados. Este podría ser el caso de los participantes que abandonan el tratamiento antes de culminar la primera semana de intervención.

Se encontró también que los participantes que abandonan el tratamiento antes de culminar la primera semana de intervención tenían niveles ligeramente más altos de satisfacción con la vida que aquellos que permanecen en el tratamiento. Si bien esto podría parecer contradictorio a la hipótesis de que los participantes que abandonan el tratamiento tienen menores niveles de salud mental que aquellos que continúan, es importante señalar que ésta diferencia es pequeña. Adicionalmente, la evidencia sugiere que la correlación entre la satisfacción con la vida con las variables afectivas es mediana y negativa (Jovanovic, 2015), por lo que pueden capturar una dimensión del bienestar distinta a la que muestran las variables de afecto negativo. Así, en la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo, los participantes que abandonan el tratamiento pueden auto reportar niveles ligeramente mayores, pero no en la dimensión afectiva.

Finalmente, los participantes que abandonan la intervención antes de culminar la primera semana de intervención muestran una necesidad de estatus significativamente mayor a aquellos que sí la terminan, con un tamaño de efecto grande. Esta necesidad se encuentra compuesta por los indicadores “tener buena ropa”, “tener movilidad propia” y “tener una buena apariencia física”. El brindarle una prioridad mayor a este tipo de necesidades ha sido vinculadas al materialismo disposicional (Dittmar et al. 2014; Kasser, 2016). A su vez, estos componentes materialistas de la necesidad de estatus han sido asociados la búsqueda de recompensas hedonistas inmediatas (Dittmar et al. 2014;

Kasser, 2016). Dado que la primera sesión de la IAC evaluada en este estudio (al igual que la de muchas otras IAC estructuradas como la de Bohlmeijer y Hulsbergen, 2013) se centraba en buscar que los participantes acepten las experiencias afectivas negativas y dejen de lado estrategias cognitivas automáticas para evitar las experiencias afectivas negativas, es posible que este tipo de contenido haya sido rechazado por personas con tendencias al hedonismo, más aún si se trata de un grupo de personas que tiene más afectividad negativa que los que continúan con la intervención. Esto resulta problemático considerando que una de las principales amenazas al bienestar subjetivo en Lima Metropolitana es el incremento de las necesidades y metas de vida materialistas (Instituto Integración, 2016). A la luz de estos resultados, se sugiere usar otro tipo de técnicas o reorganizar los módulos para poder captar a una población que brinda mayor prioridad a este tipo de metas. Esto es aún más importante considerando que las IAC y otras técnicas afines, como la conciencia plena, han sido vinculadas a la reducción de conductas y necesidades materialistas (Kasser et al. 2016; Watson, 2019).

En el M3, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño de efecto grande, entre los niveles de afecto negativo de aquellos que terminan la tercera semana de intervención con los que no, siendo menor el nivel de los que no la terminan. Así mismo, se encuentra que los niveles de balance afectivo son mayores para aquellos que no terminan la tercera semana de intervención. Sin embargo, al momento de realizar los análisis par con par de los puntajes de afecto negativo y balance afectivo, tanto para aquellos que terminan la tercera semana de intervención como para los que no, se descarta la posibilidad de que esta diferencia pueda deberse a un incremento o disminución los puntajes en cualquiera de los grupos hacia el M3. Por lo mismo, se sugiere que los participantes que abandonan la intervención antes de culminar el M3 tenían menores niveles de afecto negativo (y consecuentemente, un mejor balance afectivo) y pueden haber considerado que la intervención no les está siendo útil o que no la requieren para la mejora de su bienestar, a diferencia de los que continúan.

Adicionalmente a los motivos sugeridos por los contrastes de medias de los puntajes entre los participantes que abandonan la intervención y los que se quedan en cada semana, el alto porcentaje de abandono del tratamiento y la ausencia general de resultados positivos de la intervención puede deberse a que la adaptación que se hizo de las IAC al contexto limeño aún requiere de mayor conexión con la cultura, sus problemas, sus focos de atención y motivación y los recursos psicológicos que se poseen en la misma (Edge y Lemetyinen, 2019; Gilbert, 2019). La adaptación cultural de las IAC debe

alcanzar a raíces culturales más profundas, como lo sugiere Edge y Lemetyinen (2019). Así, estas deberían considerar aspectos relacionados a la identidad cultural de los individuos, a las concepciones culturales del bienestar y malestar, a los estresores psicosociales y factores culturales de vulnerabilidad y resiliencia, entre otros (Fung y Lo, 2016). Por ejemplo, los ejercicios que requieren de la autorreflexión e introspección, como los usados en la presente intervención, priorizan los deseos y metas personales de las culturas individualistas y no los patrones propios de culturas interdependientes, funcionando mejor en culturas “egocéntricas”, dónde el sí mismo se encuentra definido por la historia personal o los logros (Kirimayer, 2007; Matsumoto y Juang, 2016). Este no es el caso de Lima Metropolitana, dónde se observan elementos de interdependencia en las concepciones del sí mismo y en los valores culturales (Yamamoto, 2015). Cuando una propuesta terapéutica no incorpora los elementos culturales surgen dos riesgos importantes: o las personas no aceptan la propuesta psicoterapéutica desde el inicio (Avasthi, 2011), o no perciben que se están beneficiando del tratamiento y lo abandonan prematuramente (Rathod et al., 2010). Ambas formas pueden explicar la terminación prematura y los bajos niveles de mejora de la salud mental inclusive en casos en los cuáles ha habido una adaptación cultural de por medio, como puede ser el caso de la presente investigación. Sin embargo, es pertinente señalar que autores como Rathod (2016), discuten que, en el proceso de adaptar terapias occidentales a países en vías de desarrollo, como es el Perú, se pueden dar modificaciones que terminan comprometiendo la efectividad de las mismas, e inclusive cambiando elementos centrales en la propuesta terapéutica que se busca adaptar. Por ello mismo, en la presente investigación se optó por una adaptación superficial. Ya que en esta no se encontraron indicadores contundentes de efectividad, se requieren de investigaciones con adaptaciones más profundas, pero que no comprometan la estructura central de las IAC, para saber hasta qué punto estas pueden funcionar para mejorar los niveles de bienestar subjetivo en el contexto Limeño.

Otro motivo que podría explicar la alta tasa mortalidad experimental, y, en consecuencia, la ausencia de efectos positivos, sería que los contenidos de la intervención pueden haber sido muy complejos y abstractos (Arévalo, comunicación personal, 2018). Esto reduce la motivación que tienen las personas por continuar con la misma (Wilson et al., 2015), posiblemente porque que dificulta que las personas puedan percibir los contenidos como herramientas que les servirán para mejorar sus niveles de bienestar (Arévalo, comunicación personal, 2020).

Parte de esta complejidad también puede relacionarse a que la intervención tuvo

varias tareas y contenidos, tanto por semana como en general. La literatura sobre eficacia de intervenciones de modificación conductual señala que aquellas que tienen un número moderado de recomendaciones conductuales (2-3) son las que lograban modificar más conductas, y consecuentemente, eran más efectivas con los objetivos planteados (Wilson et al. 2015). En este sentido, la intervención diseñada para este estudio excedió las recomendaciones mencionadas, lo cual puede explicar la ausencia de resultados positivos y la alta tasa de mortalidad experimental.

Finalmente, la adaptación de la intervención buscó incorporar las variables que contaban con evidencia de alta eficacia en la mejora del bienestar. A la vez, no podía ser muy larga para que pueda ser realizada en el tiempo dado para los seminarios de tesis. Esa combinación de factores podría ser un motivo adicional por el cual no se encontraron los resultados esperados.

Con respecto a las limitaciones del estudio, el primer aspecto a mencionar es la alta mortalidad experimental. Esto tuvo un impacto importante en el tamaño de la muestra, sobre todo la del estudio de cambios a lo largo de la intervención (M1: N= 75; M4: N=7). Esto limita la validez interna y externa de los resultados. Más aún, hubo un mayor número de mujeres que de hombres en ambos estudios. Además, dado a que el número de participantes que mostraron adherencia completa al protocolo experimental luego de la cuarta semana de intervención fue muy bajo, sólo se pudieron medir los resultados hasta el final de la tercera semana de intervención. Por ello, no se conoce la efectividad del programa completo.

Finalmente, muchos estudios que buscan medir la efectividad de intervenciones virtuales para la salud mental (Ej. Lappalainen et al., 2014; Levin et al., 2017a) incluyen una serie de medidas que buscan conocer la experiencia de los usuarios con la plataforma de contenidos y con los contenidos en sí mismos, lo cual permite explorar si la presencia o ausencia de resultados se puede deber a la propuesta terapéutica en sí o a la forma en cómo los contenidos son impartidos. Además, otros estudios como los de Mattila et al. (2016) incluyen métricas del tiempo de uso de las plataformas virtuales, lo cual, en la misma línea que lo mencionado anteriormente, permite una interpretación más precisa de los resultados. Se recomienda incluir este tipo de medidas en estudios a futuro.

Pese a las múltiples limitaciones mencionadas, es pertinente señalar que esta investigación es el primer intento de aplicación y medición la eficacia de un programa virtual para la promoción del bienestar subjetivo basado en las IAC, adaptado para la población limeña. Además, se midieron los efectos no solo utilizando medidas

universales de bienestar, sino también medidas específicamente diseñadas para el contexto local. Más aún, es importante rescatar la validez ecológica de la intervención, ya que las condiciones en las cuáles ésta se brindó (en una plataforma virtual, sin acompañamiento y haciendo uso de los dispositivos móviles y/o ordenadores que los mismos individuos poseían) fueron muy similares a las que ocurrirían en una situación real, y por lo mismo, se evitó el riesgo de que los resultados se encuentren influenciados por la artificialidad de las condiciones experimentales.

La presente investigación permitió identificar una serie de elementos importantes a considerar para mejorar la efectividad de programas orientados a la promoción del bienestar en Lima Metropolitana. Por ejemplo, se sugirió que un factor que podría explicar la ausencia de resultados y la alta mortalidad experimental podría ser la adaptación cultural superficial de estos programas, que no termina de reflejar la identidad cultural de los individuos y las concepciones culturales de la salud mental en el contexto estudiado. Sería importante continuar realizando más adaptaciones, buscando conectar más las intervenciones con las problemáticas que los usuarios perciben en su bienestar, sin perder completamente la estructura central de la intervención al punto que deje de ser efectiva (Nagayama et al., 2016). Esto permitirá que la herramienta brindada sea percibida como útil, e incrementará la adherencia al tratamiento (Rathod et al., 2010). Además, los contenidos deben de utilizar un lenguaje y terminología concreta y anclada en las experiencias cotidianas de las personas, de modo que resulten familiares a los usuarios, y puedan ser considerados útiles y valiosos por ellos.

Más aún, es indispensable que la estructura de las intervenciones de promoción de bienestar subjetivo para este contexto sea más sencilla y flexible que la de la intervención de este estudio, ya que esto incrementará practicidad con la que los usuarios podrán integrar el uso del programa a sus rutinas diarias, y que pueda ser fácil de usar para participantes cuyos bajos niveles de bienestar subjetivo pueden haber afectado su capacidad de autocuidado. Las intervenciones virtuales que abordan menos temas por sesión, y que tienen una estructura de tipo “caja de herramientas”, en las cuales diversos ejercicios o sesiones de muy corta duración pueden realizarse de manera semiestructurada, ya han mostrado indicadores de efectividad en las investigaciones de Mattila et al. (2016) y Ahtinen et al. (2013). En las plataformas de sus programas virtuales, si bien hay un orden sugerido, no se requiere que este se siga o que se realicen todos los ejercicios del programa, como se hizo en la presente investigación. Además, todos los ejercicios tienen una duración entre 1 y 3 minutos.

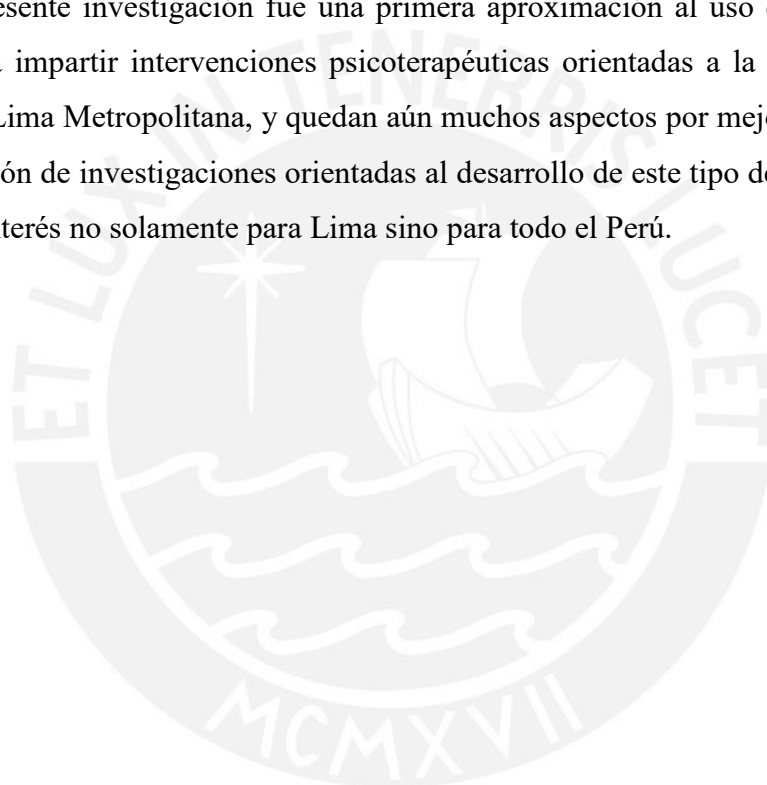
Como se ha mencionado previamente, el estatus material como necesidad ha sido vinculado a menores niveles de bienestar subjetivo en Lima Metropolitana. Esta necesidad engloba una serie de metas y sub-necesidades materialistas, cuyo impacto negativo en el bienestar viene siendo estudiado por varios años (Kasser, 2016). En el caso de la presente investigación, se encontró que las IAC podrían ser inicialmente rechazadas por personas con metas de vida y necesidades caracterizadas por elementos materialistas. Si bien se requieren más estudios que confirmen estos hallazgos, es importante tener en cuenta este aspecto para el diseño de intervenciones futuras que busquen incrementar el bienestar subjetivo en este contexto, para poder captar a los individuos cuyo bienestar está en mayor riesgo.

En la presente intervención también se reportó evidencia de un aumento de afecto negativo luego de la primera semana de intervención, y puede atribuirse a un incremento en la aceptación de las experiencias afectivas negativas. Las IAC motivan a los individuos a aceptar la dificultad y los pensamientos y emociones no deseadas, y por lo mismo, la reducción de sintomatología negativa no es el objetivo principal de las mismas, ni se espera que ocurra necesariamente (Brown et al., 2016; French et al., 2017; S. C. Hayes et al., 2011b). Sin embargo, ya que los estudios que indagan los efectos de las IAC semana a semana son muy escasos, se recomienda realizar más investigaciones para corroborar si el incremento de emociones negativas en las primeras sesiones constituye un patrón propio de este tipo de intervenciones.

La salud mental es un problema creciente en el Perú. Frente a un sistema de salud incapaz de atender a una demanda creciente de servicios de este tipo, un enfoque de promoción de bienestar y prevención de la enfermedad en este ámbito es indispensable, justamente para asegurar una atención de alta calidad y de acceso equitativo a los pacientes que realmente lo necesitan. La promoción del bienestar y la prevención de la enfermedad mental fortalecen a los individuos para adaptarse a la adversidad, construir competencia y resiliencia y eliminar o atenuar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental (Arango et al., 2018). Las intervenciones virtuales con formato de autoayuda son un medio novedoso y prometedor para la promoción costo-efectiva del bienestar y salud mental a nivel masivo. Estas pueden ser difundidas con facilidad, pueden integrarse de manera más fácil a la vida de los individuos, no generan estigma, son de acceso flexible y estimulan la autorregulación y el empoderamiento personal (Bolier et al., 2013; Lappalainen et al., 2015; Mattila et al., 2016). La presente investigación es un importante paso para la construcción de una promisorio y fundamental oportunidad.

Estas razones son de por sí de enorme importancia, sin embargo, en el momento de la redacción final de la presente tesis, el Perú atraviesa por una de las más severas crisis por la pandemia de Covid-19. El impacto de esta pandemia en la salud mental es proporcional, tanto en la población general como en el personal de salud (Brooks et al., 2020; Pierce et al., 2020). Sobre la base de un sistema de salud mental que no cubría las necesidades previas a la pandemia, la situación se vuelve exponencialmente más compleja. Las estrategias de promoción del bienestar subjetivo desde la intervención virtual y de alta eficacia se vuelven la alternativa más prometedora frente a este problema de enorme importancia.

La presente investigación fue una primera aproximación al uso de plataformas virtuales para impartir intervenciones psicoterapéuticas orientadas a la promoción del bienestar en Lima Metropolitana, y quedan aún muchos aspectos por mejorar y corregir. La continuación de investigaciones orientadas al desarrollo de este tipo de propuestas es de máximo interés no solamente para Lima sino para todo el Perú.



Referencias bibliográficas

Ahtinen, A., Mattila, E., Välikkynen, P., Kaipainen, K., Vanhala, T., Ermes, M., ...

Lappalainen, R. (2013). Mobile mental wellness training for stress management: feasibility and design implications based on a one-month field study. *JMIR MHealth and UHealth*, 1(2). <https://doi.org/10.2196/mhealth.2596>

Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>

Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided internet-based CBT for common mental disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 223-233.

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS one*, 5(10), e13196.

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., ... Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)

Arévalo, V. (2018) Entrevista personal.

Arévalo, V. (2020) Entrevista personal.

Arieli, S., Grant, A. M., & Sagiv, L. (2014). Convincing Yourself to Care About Others: An Intervention for Enhancing Benevolence Values. *Journal of Personality*, 82(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/jopy.12029>

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes.

Psicothema, 12(2), 314-319.

Avasthi, A. (2011). Indianizing psychiatry - Is there a case enough? *Indian Journal of Psychiatry*, 53(2), 111. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.82534>

Bohlmeijer, E., y Hulsbergen, M. (2013). *A Beginner's Guide To Mindfulness: Live In The Moment: Live in the Moment*. McGraw-Hill Education.

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

Bolier, L., Majo, C., Smit, F., Westerhof, G. J., Haverman, M., Walburg, J. A., ...

Bohlmeijer, E. (2014). Cost-effectiveness of online positive psychology: Randomized controlled trial. *The Journal of Positive Psychology*, 9(5), 460–471. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.910829>

Blázquez, F. P., Hernández, C. Y. G., y Calvillo, M. A. M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y 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)

Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e221. <https://doi.org/10.2196/jmir.6200>

Buss, D. (2016). *Evolutionary Psychology: The New Science of the Mind* (5ta ed.).

Routledge.

Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1), 15–23.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.15>

Carroll, J.S., Dean, L.R., Call, L.L., y Busby, D.M. (2011) Materialism and Marriage:

Couple Profiles of Congruent and Incongruent Spouses. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 10(4), 287-308,

<https://doi.org/10.1080/15332691.2011.613306>

Cassaretto, M., y Martínez, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 19-31.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nda ed.).

Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.15>

Coronavirus Resource Center. (2020) *Mortality Analyses*. John Hopkins University.

<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1),

491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Lucas, R. E., y Oishi, S. (2018). Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15.

<https://doi.org/10.1525/collabra.115>

Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., y Delgado-Chase, D. (2017). If, Why, and

When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research.

Applied Psychology: Health and Well-Being, 9(2), 133–167.

<https://doi.org/10.1111/aphw.12090>

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2015). National accounts of subjective well-being.

American Psychologist, 70(3), 234–242. <https://doi.org/10.1037/a0038899>

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., y 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>

Dittmar, H., Bond, R., Hurst, M., y Kasser, T. (2014). The relationship between

materialism and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(5), 879–924. <https://doi.org/10.1037/a0037409>

Donoso, L. B., Rubio, C. G., Jiménez, B. M., De la Pinta, M. L. R., Aldea, S. M., &

Garrosa, E. (2017). Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 57-73.

Edge, D., y Lemetyinen, H. (2019). Psychology across cultures: Challenges and

opportunities. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*: 92(2). 261–276. <https://doi.org/10.1111/papt.12229>

Ehrlich, C., y Bipp, T. (2016). Goals and subjective well-being: Further evidence for

goal-striving reasons as an additional level of goal analysis. *Personality and Individual Differences*, 89, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.001>

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., y Westerhof, G. J. (2010). Mental health

promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public*

Health, 100(12), 2372. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196196>

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012).

Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(03), 485–495. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001206>

French, K., Golijani-Moghaddam, N., y Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 6(4) <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.002>

Fung, K. P., y Lo, T. (2012). Culturally competent practice and management of mental health in primary care. En A. Khenti, J. C. Sapag, S. Mohamoud, y A. V. Ravindran (Eds.), Collaborative mental health. Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.

Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., y Wyss, T. (2013). Strength-Based Positive Interventions: Further Evidence for Their Potential in Enhancing Well-Being and Alleviating Depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241–1259. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9380-0>

García Higuera, J. A. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*. 5. <http://www.psicoterapeutas.com>

Gasiorowska, A., Zaleskiewicz, T., y Wygrab, S. (2012). Would you do something for me? The effects of money activation on social preferences and social behavior in young children. *Journal of Economic Psychology*, 33(3), 603–608. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2011.11.007>

Gilbert, P. (2019). Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary,

- contextual, biopsychosocial approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 164–189. <https://doi.org/10.1111/papt.12226>
- Hayes, L. (2013). Happiness in valued living: Acceptance and commitment therapy as a model for change. En I. Boniwell, S. A. David, y A. C. Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness*. (pp. 994–1008). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.013.0074>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., y Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 141–168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: Evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Natur och kultur.
- Herman, B. (2016, 30 de Noviembre). Social Protection Floors In The Financing For Development Agenda. [Presentación de artículo]. Reunión del Grupos Experto del Grupo de Trabajo Inter-Agencia de las Naciones Unidas para el Financiamiento del Desarrollo, Nueva York, Estados Unidos de América.
https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2017/02/Financing-SPFs_FfDO-working-paper.pdf
- Huta, V. (2013). Eudaimonia. En S. David, I. Boniwell y A. Conley Ayers, *Oxford Handbook of Happiness*. Oxford: Oxford University Press.
- Ifcher, J., y Zarghamee, H. (2011). Happiness and time preference: The effect of

positive affect in a random-assignment experiment. *American Economic Review*, 101(7), 3109–3129. <https://doi.org/10.1257/aer.101.7.3109>

Instituto Integración. (2016). Peruanos en riesgo de una modernización infeliz.

<http://dev.integracion.pe/wp-content/uploads/2016/10/Peruanos-en-riesgo-de-una-modernizaci%C3%B3n-infeliz.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2013).

Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima y Callao - Replicación 2012.

<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.

Kasser, T. (2016). Materialistic Values and Goals. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 489–514. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033344>

Kasser T y Ryan R. M. (2001). Be careful what you wish for: optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. En .P. Schmuck, K.M. Sheldon (Eds.), *Life Goals and Well-Being: Towards a Positive Psychology of Human Striving* (pp.116–31). Hogrefe & Huber.

Kasser, T., y Ryan, R. M. (1993). A Dark Side of the American Dream: Correlates of Financial Success as a Central Life Aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 410–422. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.410>

Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person.

Transcultural Psychiatry, 44(2), 232–257.

<https://doi.org/10.1177/1363461506070794>

Kohtala, A., Muotka, J., y Lappalainen, R. (2017). What happens after five years?: The long-term effects of a four-session Acceptance and Commitment Therapy

- delivered by student therapists for depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 230–238. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.003>
- Kushlev, K., Drummond, D. M., & Diener, E. (2020). Subjective Well-Being and Health Behaviors in 2.5 Million Americans. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(1), 166–187. <https://doi.org/10.1111/aphw.12178>
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538-547. Springer. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553–560. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156>
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., y Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006>
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., y Lappalainen, R. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support. *Behavior Modification*, 39(6), 805–834. <https://doi.org/10.1177/0145445515598142>
- Levin, M. E., Hayes, S. C., Pistorello, J., y Seeley, J. R. (2016). Web-Based Self-Help for Preventing Mental Health Problems in Universities: Comparing Acceptance and Commitment Training to Mental Health Education. *Journal of Clinical*

Psychology, 72(3). <https://doi.org/10.1002/jclp.22254>

Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B. G., y Twohig, M. P. (2017a). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Mental Health Problems in College Students: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*, 41(1), 141–162. <https://doi.org/10.1177/0145445516659645>

Levin, M. E., Haeger, J., Pierce, B., y Cruz, R. A. (2017b). Evaluating an Adjunctive Mobile App to Enhance Psychological Flexibility in Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Modification*, 41(6), 846-867. <https://doi.org/10.1177/0145445517719661>

Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., y Hayes, S. C. (2012). The Impact of Treatment Components Suggested by the Psychological Flexibility Model: A Meta-Analysis of Laboratory-Based Component Studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>

Levin, M. E., Pistorello, J., Seeley, J. R., y Hayes, S. C. (2014). Feasibility of a Prototype Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Prevention Program for College Students. *Journal of American College Health*, 62(1), 20–30. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.843533>

Luhmann, M., Lucas, R. E., Eid, M., y Diener, E. (2013). The prospective effect of lifesatisfaction on life events. *Social Psychological and Personality Science*, 4(1), 39-45.

Ly, K. H., Dahl, J., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Development and initial evaluation of a smartphone application based on acceptance and commitment therapy. *SpringerPlus*, 1, 11. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-1-11>

Mattila, E., Lappalainen, R., Väلكkynen, P., Sairanen, E., Lappalainen, P., Karhunen, L., ... Ermes, M. (2016). Usage and Dose Response of a Mobile Acceptance and

- Commitment Therapy App: Secondary Analysis of the Intervention Arm of a Randomized Controlled Trial. *JMIR MHealth and UHealth*, 4(3), e90.
<https://doi.org/10.2196/mhealth.5241>
- Ministerio de Salud. (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2020*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Carga de Enfermedad en el Perú - Estimación de los años de vida saludables perdidos*.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
- Moore, S., Diener, E., y Tan, L. (2017). Using multiple methods to more fully understand causal relations: Positive affect enhances social relationships. En: Diener, E., Oishi, S., y Tay, L. (Eds.), *E-Handbook of subjective well-being*. NobaScholar.
- Nagayama Hall, G. C., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior Therapy*, 47(6), 993–1014. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2016.09.005>
- Ng, W. (2017). Extending Traditional Psychological Disciplines to Positive Psychology: A View from Subjective Well-being. *Journal of Happiness Studies*, 18(5) 1553–1571. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9782-5>
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., y Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45(5), 664–677. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.04.006>
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E., y Lucas, R. E. (1999). Value as a Moderator in Subjective Well-Being. *Journal of Personality*, 67(1), 157–184. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00051>

OMS. (2012). *Plan de acción de salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud.

Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121.

Oswald, Andrew J. , Proto, Eugenio and Sgroi, Daniel. (2015) Happiness and productivity. *Journal of Labor Economics*, 33 (4), 789-822.

Papies, E. K., Pronk, T. M., Keesman, M., y Barsalou, L. W. (2015). The benefits of simply observing: Mindful attention modulates the link between motivation and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(1), 148–170.
<https://doi.org/10.1037/a0038032>

Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., y Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*. Avance de publicación virtual..
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30308-4)

Pieters, R. (2013). Bidirectional dynamics of materialism and loneliness: Not just a vicious cycle. *Journal of Consumer Research*, 40(4), 615-631.
<https://doi.org/10.1086/671564>

Pots, W. T. M., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., y Bohlmeijer, E. T. (2016). How and for whom does web-based acceptance and commitment therapy work? Mediation and moderation analyses of web-based ACT for depressive symptoms. *BMC Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0841-6>

Prakash, R. S., De Leon, A. A., Patterson, B., Schirda, B. L., y Janssen, A. L. (2014). Mindfulness and the aging brain: a proposed paradigm shift. *Frontiers in Aging*

Neuroscience, 6(120). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00120>

Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 78, 30-42.

Rathod, S. (2016). Contemporary psychotherapy and cultural adaptations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 61-63. doi:10.1007/s10879-016-9344-5

Rathod, S., Kingdon, D., Phiri, P., y Gobbi, M. (2010). Developing culturally sensitive cognitive behaviour therapy for psychosis for ethnic minority patients by exploration and incorporation of service users' and health professionals' views and opinions. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 38(5), 511-533.

Rentería, J. y Román, A. (2015). *Empleo Informal y Bienestar Subjetivo en el Perú: Orientado las Políticas Públicas para un Desarrollo Social Integral*. Consorcio de Investigación Económica y Social.

Richards, D., y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 329-342.

Roberts, J. A., y Roberts, C. R. (2012). Money matters: Does the symbolic presence of money affect charitable giving and attitudes among adolescents? *Young Consumers*, 13(4), 329–336. <https://doi.org/10.1108/17473611211282572>

Rojas, M., 2018. Latin American Happiness has Social Foundations. En: J. Helliwell, R. Layard and J. Sachs, ed., *World Happiness Report 2018*. Nueva York: Sustainable Development Solutions Network. Disponible en:
<<https://worldhappiness.report/ed/2018/>>

Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. En H. Cooper & L. V. Hedges

- (Eds.), *The handbook of research synthesis*. (pp. 231-244). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Ryan, R M, y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, Richard M., y Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sergeant, S., y Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 263–274. <https://doi.org/10.1037/a0035536>
- Sherdell, L., Waugh, C. E., & Gotlib, I. H. (2012). Anticipatory pleasure predicts motivation for reward in major depression. *Journal of abnormal psychology*, 121(1), 51.
- Sitbon, A., Shankland, R., y Krumm, C.-M. (2019). Interventions efficaces en psychologie positive: Une revue systématique. *Psychologie Canadienne*, 60(1), 35–54. <https://doi.org/10.1037/cap0000163>
- Smith, P. B., y Schwartz, S. (1996). Values. En J. W. Berry (Ed.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology: Vol. 3* (pp. 77-118). Allyn & Bacon.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychology*, 68(6), 592-513.
- Stephoe, A., y Wardle, J. (2011). Positive affect measured using ecological momentary assessment and survival in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(45), 18244–18248.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1110892108>

Stoddard, J. A., y Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment*

Therapy. New Harbinger Publications.

Stolarski, M., Vowinckel, J., Jankowski, K. S., y Zajenkowski, M. (2016). Mind the

balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship

between mindfulness and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*,

93, 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>

Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting

research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6),

1273-1296.

Tamir, M., y Ford, B. Q. (2012a). Should people pursue feelings that feel good or

feelings that do good? Emotional preferences and well-being. *Emotion*, 12(5),

1061–1070. <https://doi.org/10.1037/a0027223>

Tamir, M., y Ford, B. Q. (2012b). When feeling bad is expected to be good: Emotion

regulation and outcome expectancies in social conflicts. *Emotion*, 12(4), 807–816.

<https://doi.org/10.1037/a0024443>

Tay, L., y Diener, E. (2011). Needs and Subjective Well-Being Around the World.

Journal of Personality and Social Psychology, 101(2), 354–365.

<https://doi.org/10.1037/a0023779>

Tooby, J., y Cosmides, L. (2008). The evolutionary psychology of the emotions and

their relationship to internal regulatory variables. En M. Lewis, J. M. Haviland-

Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 114–137). The Guilford

Press.

Versluis, A., Verkuil, B., Spinhoven, P., van der Ploeg, M. M., y Brosschot, J. F.

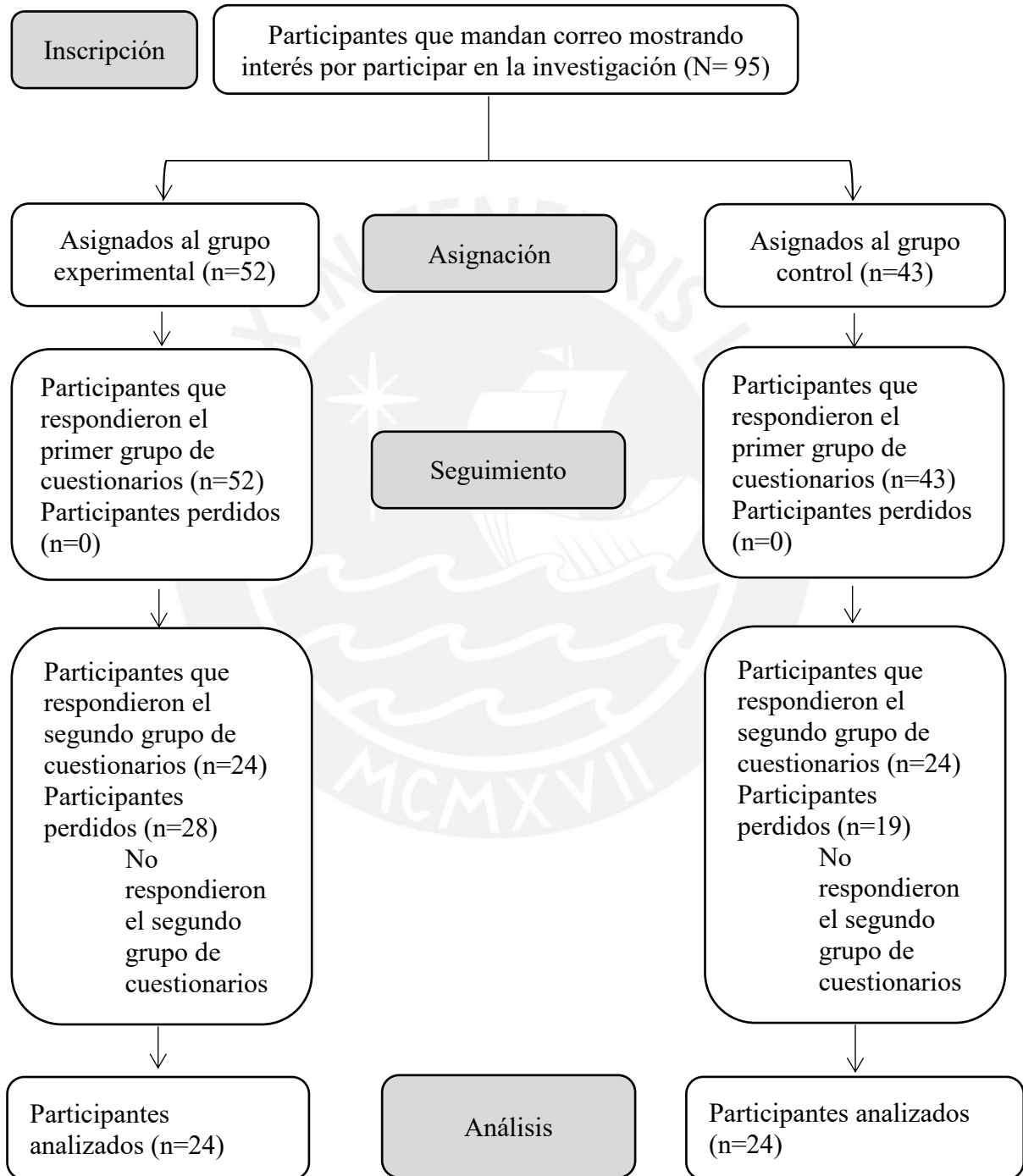
- (2016). Changing Mental Health and Positive Psychological Well-Being Using Ecological Momentary Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e152.
<https://doi.org/10.2196/jmir.5642>
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., y Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Wang, G., Liu, L., Tan, X., y Zheng, W. (2017). The moderating effect of dispositional mindfulness on the relationship between materialism and mental health. *Personality and Individual Differences*, 107, 131–136.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.041>
- Watson, D. C. (2019). Materialism: Temporal balance, mindfulness and savoring. *Personality and Individual Differences*, 146, 93–98.
<https://doi.org/10.1016/J.PAID.2019.03.034>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., y 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>
- Wilson, K., Senay, I., Durantini, M., Sánchez, F., Hennessy, M., Spring, B., y Albarracín, D. (2015). When it comes to lifestyle recommendations, more is sometimes less: A meta-analysis of theoretical assumptions underlying the effectiveness of interventions promoting multiple behavior domain change. *Psychological Bulletin*, 141(2), 474–509. <https://doi.org/10.1037/a0038295>
- Yamamoto, J. (2019). Entrevista Personal.

- Yamamoto, J. (2016). The Social Psychology of Latin American Happiness. En *Handbook of Happiness Research in Latin America* (pp. 31–49). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-94-017-7203-7_3
- Yamamoto, J. (2015). Un Modelo de Bienestar Subjetivo para Lima Metropolitana [Tesis Doctoral, Pontificia Universidad Católica del Perú] Repositorio Digital de Tesis PUCP. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7682>
- Yamamoto, J. (2010). *El bienestar en una ciudad heterogénea y compleja: las necesidades universales, las adaptaciones para su satisfacción en Lima y las perspectivas para el desarrollo sostenible* [Reporte de investigación]. DGI-Pontificia Universidad Católica del Perú .
- Yamamoto, J., Feijoo, Ana R., y Lazarte, A. (2008). Subjective Wellbeing: An Alternative Approach. Wellbeing and Development in Peru: Local and Universal Views Confronted. En J. Copestake (Ed.), *Wellbeing and development in Peru. Local and universal views confronted* (pp. 61–101). Nueva York: Palgrave MacMillan.

Apéndices

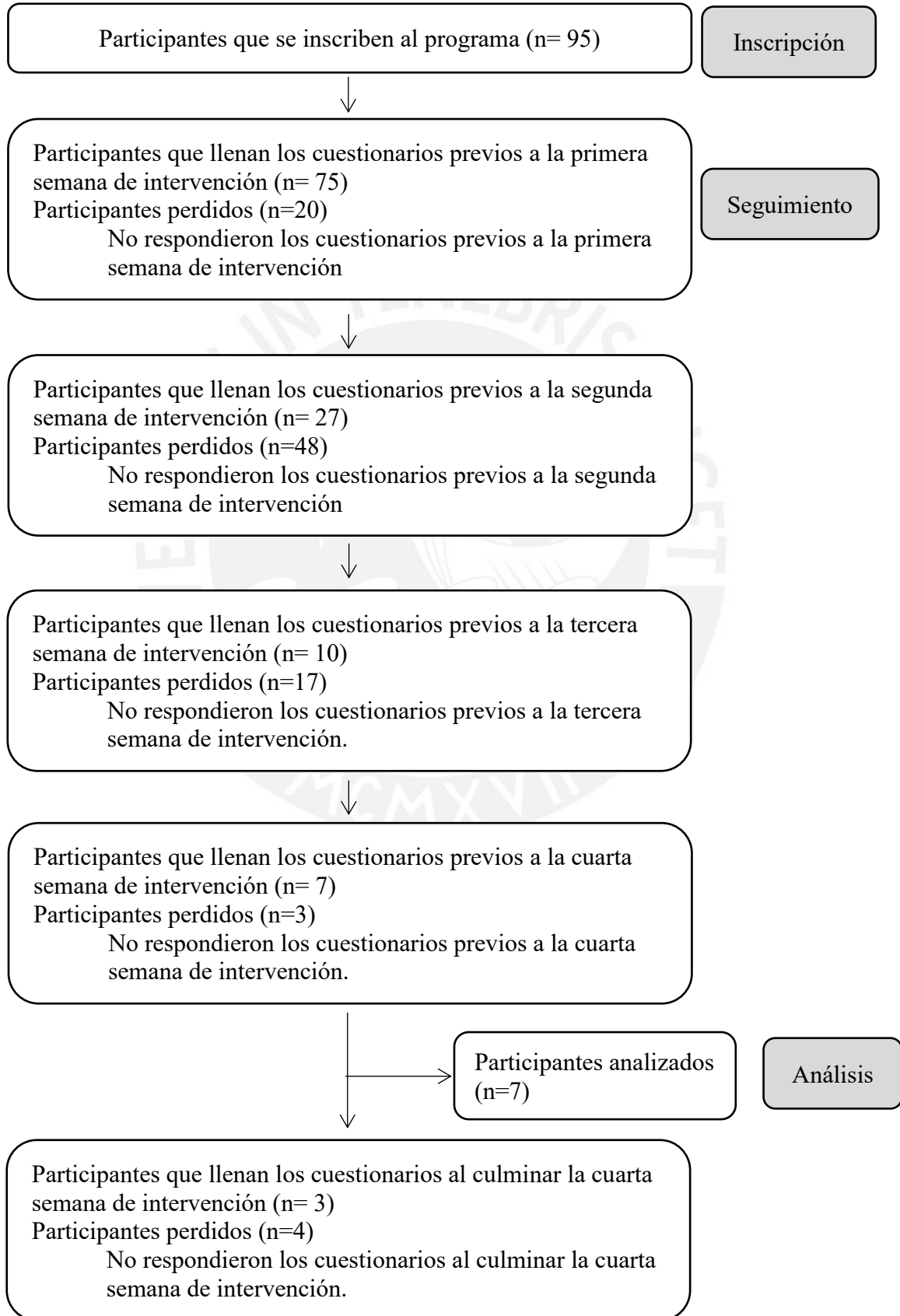
Apéndice A: Diagrama de flujo de participantes del estudio de impacto de la primera semana de intervención

Diagrama de flujo de participantes para el estudio de impacto de la primera semana de intervención



Apéndice B: Diagrama de flujo de participantes del estudio de cambios a lo largo de la intervención

Diagrama de flujo de participantes para el estudio de cambios a lo largo de la intervención



Apéndice C: Consentimiento informado

El Grupo de Investigación "Bienestar, Cultura y Desarrollo" de la PUCP viene desarrollando un programa que busca elevar los niveles de bienestar en la población limeña, el cual se encuentra basado en los programas de más alto impacto en el mundo y las que mejor funcionan en el Perú. Una parte importante en la ejecución del mismo consiste en investigar sus efectos y sus distintas oportunidades de mejora, lo que permitirá hacerlo cada vez más potente.

El programa consiste en un video introductor, seguido de una encuesta. Luego, hay un segundo video acompañado de dos ejercicios escritos que se realizan a lo largo de una semana. Al finalizar la primera semana se colgará un tercer video acompañado de nuevos ejercicios que se realizan, nuevamente, a lo largo de una semana. Al finalizar la segunda semana se colgará un cuarto video acompañado de nuevos ejercicios que se realizan, nuevamente, a lo largo de una semana. Finalmente, al finalizar la tercera semana se colgará un quinto video acompañado de nuevos ejercicios que deberán ser realizados a lo largo de una semana. Se podrá acceder a estos contenidos mediante el siguiente vínculo: limasefeliz.com. Al finalizar cada semana habrá encuestas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas y completar unos cuestionarios cortos apenas reciba nuestro correo confirmando su participación y al final de las siguientes 4 semanas. Además, se le pedirá su correo electrónico, con la finalidad de poder cuadrar las medidas del primer grupo de formularios con el segundo, tercero y cuarto.

La información que se recoja será estrictamente confidencial, todos los datos que usted ofrezca no se podrán utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tiene cualquier pregunta, usted puede contactarse con Mariana Yompían, estudiante de la facultad de psicología de la PUCP, al siguiente correo: mariana.yompian@pucp.pe.

Muchas gracias por su participación.

Después de haber leído las condiciones del presente estudio, acepto participar de manera voluntaria.

Sí
 No

Apéndice D: Ficha sociodemográfica

Correo electrónico:

¿Recibiste la clave de acceso al programa?

- Sí
 No, la recibiré en una semana.

Ciudad de residencia:

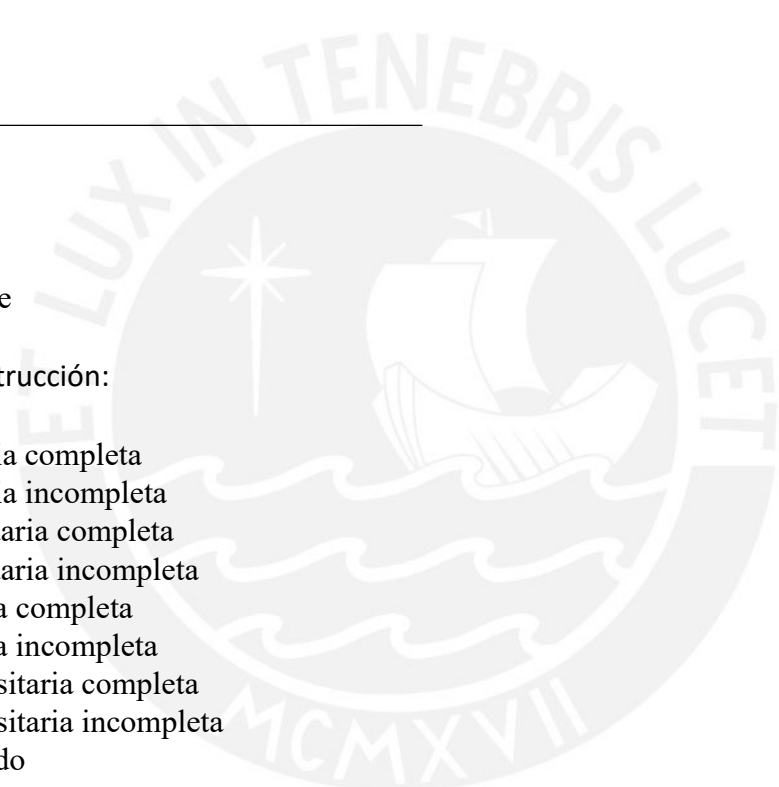
Edad:

Sexo:

- Mujer
 Hombre

Grado de instrucción:

- Primaria completa
 Primaria incompleta
 Secundaria completa
 Secundaria incompleta
 Técnica completa
 Técnica incompleta
 Universitaria completa
 Universitaria incompleta
 Posgrado



Apéndice E: Tabla de temáticas abordadas y contenidos de cada semana de intervención

<i>Temáticas abordadas y contenidos de la intervenc</i>		<i>Lima, ¿ Feliz!</i>
Semana de intervención	Temáticas abordadas por semana	Contenido incluidos en la plataforma semanal
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción a la práctica de la identificación procesamientos cognitivos automáticos inadaptados. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Procesamientos automáticos evaluativos. 1.2. La interpretación distorsionada del pensamiento. 2. Uso de metáforas para disminuir el impacto negativo de patrones automáticos de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Video (Duración: 16:35 minutos). • Diario de buenos y malos momentos (Formato en PDF para llenar). • Ejercicio sobre evitación (Instrucciones para realización de ejercicio en PDF).
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción a la conciencia plena. 2. Iniciación en la práctica de conciencia plena: técnicas y estrategias. 3. Los efectos de la conciencia plena a nivel cerebral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Video (Duración: 17:43 minutos). • Reflexiones diarias sobre meditaciones de conciencia plena (Formato en PDF para llenar). • Pautas para realizar una actividad cotidiana con conciencia plena (Texto informativo en PDF). • Audios de conciencia plena: <ul style="list-style-type: none"> ○ Meditación corta (Duración: 06:44 minutos). ○ Ejercicio de escaneo corporal (Duración: 10:12 minutos).
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción a la aceptación. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. La aceptación del dolor. 1.2. El uso de metáforas para practicar la aceptación. 2. Los pensamientos negativos y la de-fusión cognitiva: introducción a la práctica y ejercicios. 3. Utilización la conciencia plena para ejercitar la capacidad meta-cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Video: (Duración: 24:18 minutos). • Ejercicio de de-fusión cognitiva (Instrucciones para realización de ejercicio en PDF). • Dudas frecuentes sobre las meditaciones de conciencia plena (Formato en PDF para llenar). • Audios de conciencia plena: <ul style="list-style-type: none"> ○ Meditación corta de conciencia plena (Duración 06:44

Sentirse Bien	3 0 9 5 0.7 8 1															
	Análisis no paramétricos															
	ME	ME	Z	p	R							ME	ME	Z	p	R
Necesidad de Estatus	1.3 3	2.0 0	- 1.4 9	0.1 4	-	-	-	-	-	-	-	1.0 0	1.0 0	- 0.1 4	1.0 0	-
Logro Sentirse bien	2.6 7	2.6 7	- 0.0 5	0.9 6	-	-	-	-	-	-	-	2.6 7	3.0 0	- 0.9 8	0.3 3	-
SPANE-N	15.0 0	20.0 0	- 2.83	0.01 *	0.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SPANE-B	10.0 0	- 1.00	- 2.29	0.02 *	0.26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. SWLS=Escala de Satisfacción con la vida, SPANE-P= Sub escala de afecto positivo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de afectividad positiva y negativa, M1=Medidas previas a la primera semana de intervención, M2=Medidas posteriores a la primera semana de intervención, M3= Medidas posteriores a la segunda semana de intervención, M=Media, D.E. = Desviación estándar, ME=Mediana, d= estadístico D de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto de la diferencia de medias con pruebas paramétricas (se obtiene mediante el cálculo de la media de la diferencia entre los dos grupos analizados, dividida entre la desviación estándar agrupada), R= estadístico R de Rosenthal para el cálculo del tamaño del efecto de la diferencia de medias con pruebas no paramétricas (se calcula dividiendo el estadístico Z entre la raíz cuadrada de la suma del número de sujetos de cada una de las muestras comparadas). Solamente se incluyeron los resultados de los momentos de medición en los cuáles se obtuvieron diferencias significativas entre los puntajes de los grupos analizados.

*p<0.05, **p<0.01

Apéndice G: Análisis de medidas repetidas de los puntajes de SPANE-N y SPANE-B para los participantes que abandonan la intervención antes de culminar la tercera semana y los que no

Diferencias en afectividad negativa y balance afectivo a lo largo de la intervención

Análisis paramétricos					
	Momento de medición			F	p
	M1	M2	M3		
SPANE - N	M (D.E.)	M (D.E.)	M (D.E.)		
No terminan la tercera semana (N=3)	11.00 (1.53)	10.00 (0.58)	8.33 (1.20)	1.66	0.30*
Terminan la tercera semana (N=7)	15.71 (2.06)	17.86 (1.96)	15.71 (2.50)	4.30	0.04*
SPANE - B					
Terminan la tercera semana (N=7)	5.57 (3.39)	3.71 (3.46)	5.43 (4.30)	0.73	0.50
Análisis no paramétricos					
SPANE-B	ME	ME	ME	Chi-cuadrado	p
No terminan la tercera semana (N=3)	17.00	15.00	16.00	0.80	0.67

Nota. SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de afectividad positiva y negativa, M1=Medidas previas a la primera semana de intervención, M2=Medidas posteriores a la primera semana de intervención, M3= Medidas posteriores a la segunda semana de intervención, M=Media, D.E. = Desviación estándar.

*p<0.05

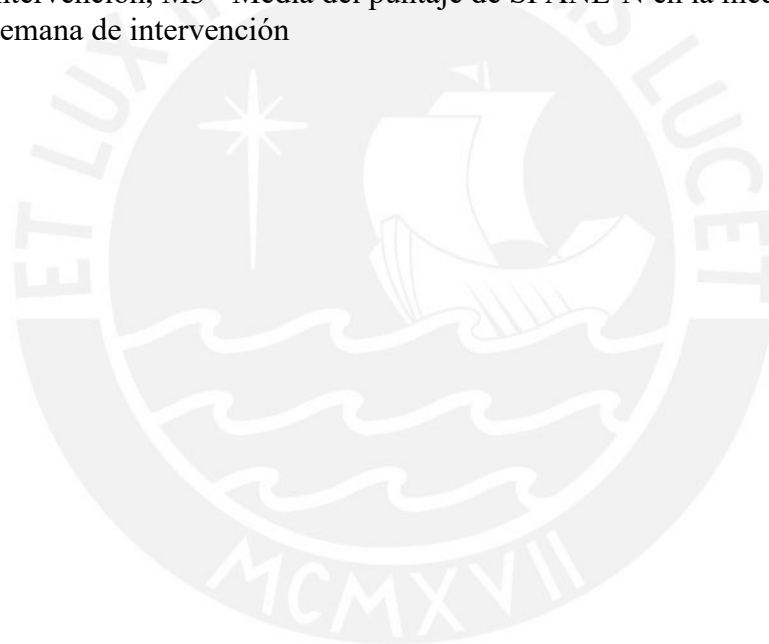
Apéndice H: Análisis de comparaciones par con par de los puntajes de SPANE-N y SPANE-B en los distintos momentos de medición para los participantes que abandonan la intervención antes de culminar la tercera semana y los que no.

Diferencias en puntajes de SPANE-N entre momentos de medición

Participantes que no terminan la tercera semana de intervención (N=3)		
Medidas comparadas	Diferencia de medias	<i>p</i>
M1 – M2	1.00	1.00
M1 - M3	2.67	0.28
M2 – M3	1.67	1.00
Participantes que terminan la tercera semana de intervención (N=7)		
M1 – M2	-2.14*	0.03
M1 - M3	0.00	1.00
M2 – M3	2.14	0.08

Nota. M1=Media del puntaje de SPANE-N en la medida previa a la primera semana de intervención, M2= Media del puntaje de SPANE-N en la medida posterior a la primera semana de intervención, M3= Media del puntaje de SPANE-N en la medida posterior a la segunda semana de intervención

* $p < 0.05$



Sentirse Bien	6 3 2 7 7														
	Pruebas no paramétricas														
	<i>ME</i>	<i>ME</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>							<i>ME</i>	<i>ME</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
Necesidad de Estatus	1.33	2.00	-1.49	0.14	-	-	-	-	-	-	1.00	1.00	-0.14	1.00	
Logro Sentirse bien	2.67	2.67	0.05	0.96	-	-	-	-	-	-	2.67	3.00	-0.98	0.33	

Nota. SWLS=Escala de Satisfacción con la vida, SPANE-P= Sub escala de afecto positivo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-N= Sub escala de afecto negativo de la escala de afectividad positiva y negativa, SPANE-B= Balance afectivo de la escala de afectividad positiva y negativa, *M*=Media, *D.E.* = Desviación estándar, *ME*=Mediana, *d*= estadístico D de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto de la diferencia de medias con pruebas paramétricas (se obtiene mediante el cálculo de la media de la diferencia entre los dos grupos analizados, dividida entre la desviación estándar agrupada), *R*= estadístico R de Rosenthal para el cálculo del tamaño del efecto de la diferencia de medias con pruebas no paramétricas (se calcula dividiendo el estadístico *Z* entre la raíz cuadrada de la suma del número de sujetos de cada una de las muestras comparadas). Solamente se incluyeron los resultados de los momentos de medición en los cuáles se obtuvieron diferencias significativas entre los puntajes de los grupos analizados.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$