

# IMPACTO DE LA BIONEUROEMOCIÓN EN EL BIENESTAR EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN IBEROAMÉRICA

## IMPACT OF BIONEUROEMOTION ON EMOTIONAL WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE IN IBERO-AMERICA

Recibido: 29 de febrero de 2024 | Aceptado: 20 de octubre de 2024

DOI: <https://doi.org/10.55611/reprs.3503.05>

Carmen L. Rivera-Medina<sup>1,2</sup>, Anahí Inda<sup>2</sup>, Elizabeth Ohaco<sup>2,3</sup>, Catalina Argüello<sup>4</sup>, Sara Pallarès<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico

<sup>2</sup> Enric Corbera Institute, Barcelona, España

<sup>3</sup> Universidad Nacional del Comahue, Villa Regina, Argentina

<sup>4</sup> Universidad Internacional de La Rioja, La Rioja, España

### RESUMEN

Es crucial implementar intervenciones que promuevan la salud mental en la población general. Desde la Bioneuroemoción, sostenemos que desarrollar la autoconciencia permite detectar y transformar patrones perceptivos inconscientes, lo que facilita nuevas experiencias y un mayor bienestar. En este estudio, evaluamos si modificar estos patrones tras recibir formación en Bioneuroemoción mejora el bienestar emocional y la calidad de vida en personas adultas de Iberoamérica. Utilizamos un diseño comparativo pre-post con 736 participantes que completaron instrumentos de bienestar psicológico y calidad de vida antes y después de la formación. Los resultados mostraron un impacto positivo con tamaños de efecto moderados en la calidad de vida, específicamente en las subescalas Rol Emocional ( $d = -0.24$ ), Vitalidad ( $d = -0.23$ ) y Salud Mental ( $d = -0.22$ ). Además, hubo mejoras en el bienestar psicológico, especialmente en propósito de vida, autoaceptación y autonomía, con tamaños de efecto moderados de  $-0.36$ ,  $-0.31$  y  $-0.25$ , respectivamente. Los efectos fueron aún más fuertes en el grupo que recibió la formación antes del COVID-19. La Bioneuroemoción demostró tener un impacto positivo, incluso durante la pandemia de COVID-19. Estos hallazgos sugieren que podría ser una herramienta válida para la prevención primaria de problemas de salud mental en la población general.

**PALABRAS CLAVE:** Promoción de la salud mental, calidad de vida, bienestar psicológico, autoconciencia, prevención primaria.

### ABSTRACT

It is crucial to implement interventions that promote mental health in the general population. From Bioneuroemoción, we argue that developing self-awareness allows for the detection and transformation of unconscious perceptual patterns, facilitating new experiences and greater well-being. In this study, we evaluated whether modifying these patterns after receiving Bioneuroemoción training improves emotional well-being and quality of life in adults from Ibero-America. We employed a pre-post comparative design with 736 participants who completed psychological well-being and quality of life instruments before and after the training. The results showed a positive impact with moderate effect sizes on quality of life, specifically in the domains of Emotional Role ( $d = -0.24$ ), Vitality ( $d = -0.23$ ), and Mental Health ( $d = -0.22$ ). Additionally, there were improvements in psychological well-being, particularly in purpose in life, self-acceptance, and autonomy, with moderate effect sizes of  $-0.36$ ,  $-0.31$ , and  $-0.25$ , respectively. These effects were stronger in the group that received training before COVID-19. Bioneuroemoción demonstrated a positive impact even during the COVID-19 pandemic. These findings suggest that Bioneuroemoción could be a valid tool for primary prevention of mental health problems in the general population.

**KEYWORDS:** Mental health promotion, quality of life, psychological well-being, self-awareness, primary prevention.

Hace más de 20 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO) propuso crear condiciones para prevenir trastornos mentales (WHO, 2004). Sin embargo, hasta la fecha, no ha alcanzado sus metas (OMS, 2021). Esto ha ocurrido principalmente porque la mayoría de las intervenciones en salud mental se enfocan en la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya está establecida, en lugar de la prevención primaria, antes del desarrollo de la patología (Arango et al., 2018).

La prevención primaria universal permite intervenir antes del desarrollo de trastornos mentales, y llega al público en general en diversos contextos y poblaciones (Arango et al., 2018). Existe un creciente cuerpo de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos universales para prevenir trastornos a lo largo del desarrollo (Min et al., 2013). Asimismo, ha demostrado su impacto positivo en la promoción de la salud mental en estudiantes de escuelas primarias para manejar el estrés cotidiano (Fenwick-Smith et al., 2018).

Desde la Bioneuroemoción (BNE), proponemos un modelo de prevención primaria orientado al público en general para promover el bienestar psicológico (BP) y mejorar la calidad de vida (CdV). Destacamos la importancia de tomar conciencia del patrón perceptivo definido como una estructura configurada por elementos inconscientes (personales, familiares y colectivos) que influyen en la percepción de las experiencias. Proponemos que, al reconocer estos patrones, es posible reinterpretar experiencias percibidas como estresantes, lo que facilita un cambio en el patrón. Esto permite alcanzar coherencia interna para crear una nueva realidad.

Facilitamos el cambio de percepción mediante un modelo de formación que desarrolla habilidades metacognitivas como la autoconciencia, esencial para detectar y transformar patrones perceptivos que intervienen en percibir experiencias como estresantes. Al modificar estos patrones, se posibilita una nueva forma de vivir la

experiencia, permitiendo respuestas emocionales, cognitivas y conductuales diferentes, lo que contribuye a la prevención primaria, mejorando el BP y la CdV.

La BNE, desarrollada por Enric Corbera (2013), es un enfoque constructivista-humanista que busca fomentar la autoconciencia, es decir, el conocimiento que cada persona tiene de sí misma y de su interacción con el entorno (Rivera-Medina et al. 2024). Este autoconocimiento permite descubrir y trascender patrones perceptivos inconscientes. A través de este proceso, se facilita la resignificación de experiencias, se promueven nuevas formas de regulación emocional y se aumenta la flexibilidad en el manejo del estrés, lo que mejora la CdV.

Ofrecemos una formación en línea centrada en el autoconocimiento personal y promovemos habilidades y conocimientos para el BP. Sostenemos que se pueden reinterpretar eventos percibidos como estresantes, lo que reduce el malestar emocional. Al resignificar experiencias con nuevas formas de pensar y sentir, se modifica favorablemente el patrón perceptivo, lo que es crucial para resolver el estrés. Cuestionar la percepción de los hechos y la veracidad de sus conclusiones puede ayudar a desarrollar una capacidad de afrontamiento más equilibrada y flexible. Esto reduce el estrés y su impacto en el organismo (Corbera, D. et al. 2024).

#### Abordaje del Bienestar Emocional y la Calidad de Vida

Desde la mirada de la BNE, ¿cuáles son aquellos constructos psicológicos que permiten dar cuenta del bienestar emocional y la CdV? En las últimas décadas se ha enfatizado no solo en la necesidad de prevención primaria sino en la importancia que representa el bienestar emocional y la mejora en la CdV (Seligman, 2019; Weiss et al., 2016). Ello coincide con la definición de salud de la OMS (WHO, 2022) como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Sostienen que el bienestar emocional

es el estado en el que una persona es consciente de sus capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida.

Krutsevich et al. (2021) sostienen que la CdV está intrínsecamente ligada a la salud, abarcando el bienestar físico, mental y social. Galderisi et al. (2017), definen la CdV como un estado dinámico de equilibrio interno, influenciado por diversos procesos vitales. En este contexto, es crucial reconocer, expresar y regular las emociones, así como cultivar la empatía, la flexibilidad y la capacidad para enfrentar desafíos adversos en la vida. Las formas de evaluar la calidad de vida han sido variadas; el Short Form Health Survey-36 (SF-36) es uno de los instrumentos más utilizados según Haraldstad et al. (2019), relevante para evaluarla en la población general y distinguir entre grupos poblacionales vulnerables (Barceló et al., 2021; Cruz et al., 2013).

Por otro lado, el BP (Weiss et al., 2016) es un constructo multidimensional que se desarrolla a lo largo del ciclo vital humano (Sandoval-Barrientos et al., 2017) y se define como un proceso de autorrealización según el enfoque eudaimónico del bienestar (Weiss et al., 2016). La escala de BP (PWBS, por sus siglas en inglés) se fundamenta en teorías que destacan el funcionamiento humano positivo desde múltiples perspectivas psicológicas (Ryff, 2018), y se ha vinculado una mayor eudaimonia con una regulación hormonal del estrés mejorada. Este enfoque se aplica ampliamente, abarcando contextos clínicos, educativos, organizacionales y comunitarios. Moreta-Herrera et al. (2021) proponen que el modelo de seis factores del BP es aplicable al contexto hispanohablante, principalmente del estudiantado universitario y personas adultas.

El BP está influido significativamente por las emociones, que afectan procesos cognitivos como la percepción, la atención, el aprendizaje, la memoria y la resolución de problemas (Tyng et al., 2017). Estas respuestas emocionales, mediadas por la evaluación subjetiva del significado asignado

a un evento, están condicionadas por aspectos fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales (Yih et al., 2019). Permiten a las personas modular sus emociones para alcanzar objetivos y adaptarse al contexto, y promueven el bienestar individual y social.

Los procesos perceptivos son cruciales para el bienestar emocional a corto y largo plazo frente a situaciones percibidas como estresantes. Según Ou (2017), estos procesos incluyen la selección, organización e interpretación de estímulos que se categorizan y estructuran según creencias, valores y experiencias individuales, y resultan en interpretaciones variadas para un mismo estímulo. Desde el siglo XIX, Hermann Von Helmholtz propuso la percepción como una inferencia inconsciente, un proceso constructivo que combina señales externas con expectativas y creencias previas en el cerebro (Meulders, 2010). Por tanto, creemos que la percepción, que surge de la combinación de estímulos físicos con interpretaciones subjetivas, puede transformarse al comprender sus procesos y factores subyacentes.

Intervenciones en Línea para Promover la Salud Mental y el Bienestar

¿Son de utilidad las formaciones en línea en prevención primaria universal? Se ha destacado la necesidad de crear acciones preventivas y terapéuticas que permitan reflexionar o encontrar alternativas a los acontecimientos de la vida diaria (Nadler et al., 2020). Este enfoque ha aumentado desde que los efectos del COVID-19 fueron observados en la población general (Rossell et al., 2021). A su vez, Arango et al. (2018) argumentan que menos del 5% de la financiación de la investigación en salud mental se destina a investigaciones de prevención o promoción de la salud.

El e-learning, que utiliza tecnologías de la información y comunicación, ha surgido como un nuevo paradigma educativo (Cidral et al., 2018). Sus fortalezas incluyen la flexibilidad temporal y espacial, así como el acceso a una amplia audiencia, aunque enfrenta desafíos

como dificultades técnicas y la falta de atención personalizada (Dhawan, 2020). También se utiliza la informática denominada positiva, para programas en línea que promuevan la buena vida (Cabrera et al., 2019). La informática positiva se utiliza en programas en línea como Florece, dirigido a fomentar el BP en población universitaria, demostrando eficacia en la reducción de síntomas de depresión y desesperanza (Cabrera et al., 2019). Además, intervenciones a través de teléfonos inteligentes han mostrado reducir síntomas de ansiedad (Firth et al., 2017).

Nuestro objetivo es evaluar si la modificación de los patrones perceptivos promueve cambios en el bienestar emocional y la CdV en personas adultas de habla hispana. Evaluamos varias ediciones de la formación en BNE, y analizamos las puntuaciones de las personas participantes en indicadores de bienestar emocional a través de la Escala de Bienestar Psicológico (PWBS, Díaz et al., 2006) y la Calidad de Vida (SF-36, Alonso et al., 2003) en español, antes y después de la formación. Esperábamos un incremento en las puntuaciones medias de las subescalas y dimensiones, lo que sugeriría beneficios en estas áreas al término del curso.

## MÉTODO

Propusimos un estudio comparativo preprueba-posprueba (pre-post) y consideramos la modificación de los patrones perceptivos que se promueven a través del curso en línea en BNE como variable independiente, y el BP y la CdV como principales variables dependientes. Llevamos a cabo el curso en línea con participantes de varios países hispanoparlantes que aceptaron participar en el estudio.

### Participantes

Invitamos a participar a las personas inscritas en el posgrado de Bioneuroemoción (BNE) entre 2018 y 2021, de las cuales 2,826 respondieron la evaluación en el PRE. Los criterios de inclusión fueron: (a) estar en

formación activamente; (b) personas adultas mayores de 18 años; (c) personas cuyo idioma principal es el español, y (d) tener acceso a la web y a un ordenador o dispositivo tableta. Excluimos personas menores de 18 años, que no hablaran español, sin acceso a internet o que no completaron los cuestionarios pre y post. De quienes respondieron al pre y completaron la formación, 736 respondieron al post, lo que representa una tasa de respuesta de 26%. Entre estos, 509 estudiantes fueron de las ediciones impartidas durante la pandemia de COVID-19 (2020-2021).

La Tabla 1 muestra las características demográficas de la muestra que completó solo el pre y quienes completaron el pre y el post. Encontramos una diferencia estadística en la distribución porcentual por país de origen, con una mayor representación de España y México entre los que completaron el pre y post [ $\chi^2 (gl=5) = 36.40; p < .001$ ]. Otros países latinoamericanos tuvieron un mayor porcentaje entre los que completaron solo el pre. Respecto a la edad, quienes completaron el pre y post son ligeramente mayores ( $\bar{X} = 43.73; DE = 9.52$ ) que quienes completaron solo el pre ( $\bar{X} = 42.76; DE = 9.49$ ) [ $t (gl = 2816) = -2.39; p = .017$ ], aunque el tamaño del efecto ( $d = -.10$ ) indica la diferencia es mínima. No observamos diferencias en las variables de sexo, estado civil, nivel educativo o relación de la profesión con la salud. En el grupo que completó el pre y post, predominan las mujeres (84.7%), con un 67.9% en el rango de edad entre 30 y 50 años. Además, el 49.6% están casadas o en convivencia, el 50% tiene estudios universitarios o de posgrado, y el 15% posee maestría o doctorado. Más de un tercio (39%) tiene formación en salud y había participado en algún curso previo en BNE. No hay diferencias en la distribución porcentual por sexo y haber participado de algún curso previo en BNE [ $\chi^2 (gl = 1) = .281; p = .596$ ]. Las principales motivaciones para realizar el curso fueron adquirir habilidades para acompañamientos en BNE (49.4%) e identificar y comprender el origen de un malestar emocional (20.6%).

TABLA 1.  
Distribución Porcentual de las Características Sociodemográficos e los que Completaron y no Completaron las Evaluaciones del Postrado en BNE.

Características sociodemográficas	Completaron Pre %	Completaron Pre-Post %	X <sup>2</sup> valor p
Sexo			
Hombre	83.2	84.7	.346
Mujer	16.8	15.3	
Grupos de Edad			
21 a 30	9.6	6.9	.036
31 a 40	32.4	32.3	
41 a 50	37.3	35.6	
51 a 60	16.9	21.0	
61 o más	3.7	4.2	
Estado civil			
Soltero/a	21.2	20.0	.939
Pareja sin convivencia	8.6	9.2	
Casado/a	36.8	36.5	
Convivencia	12.5	13.3	
Divorciado/a	13.2	13.5	
Separado/a	6.0	6.3	
Viudo/a	1.7	1.25	
Escolaridad			
Estudios preuniversitarios o menos	15.9	16.0	.800
Estudios técnicos	17.7	18.6	
Estudios Universitarios	38.7	36.6	
Posgrado	13.5	13.4	
Máster o Doctorado	14.2	15.5	
País de origen			
España	16.4	24.1	.001
México	17.4	21.1	
Argentina	22.4	19.1	
Otros Latinoamérica	35.6	27.3	
EE. UU. y Canadá	1.0	0.7	
Otros	7.2	7.9	
Relación con área de salud			
Sí	36.6	38.1	.479
No	63.4	61.9	

#### Instrumentos

En la preprueba, recogimos datos sociodemográficos. Por separado, preguntamos si tenían un diagnóstico de ansiedad o depresión al inicio del estudio, así como su familiaridad con la Bioneuroemoción (BNE). Evaluamos las variables de BP y CdV en las versiones pre y post administradas antes y después de completar la formación.

**Bienestar psicológico (PWBS).** Para evaluar el BP, utilizamos la versión española de la escala de BP de Ryff (1989) (Díaz et al., 2006). Consta de 39 ítems agrupados en 6

subescalas: a) Autoaceptación (6 ítems), b) Relaciones positivas (6 ítems), c) Autonomía (8 ítems), d) Crecimiento personal (7 ítems), e) Dominio del entorno (6 ítems), y f) Propósito de vida (6 ítems). A mayor puntuación, mayor BP, con los niveles más altos a partir de 176 para el PWBS total, 27 en Autoaceptación, Relaciones positivas, Dominio del entorno y Propósito de vida, 32 en Crecimiento personal y 36 en Autonomía. Las confiabilidades del PWBS son: Autoaceptación (pre  $\alpha = .78$ ; post  $\alpha = .77$ ), Relaciones positivas (pre  $\alpha = .80$ ; post  $\alpha = .79$ ), Autonomía (pre  $\alpha = .75$ ; post  $\alpha = .75$ ), Dominio del entorno (pre  $\alpha = .63$ ; post  $\alpha =$

.75), Crecimiento personal (pre  $\alpha = .63$ ; post  $\alpha = .84$ ), Propósito de vida (pre  $\alpha = .80$ ; post  $\alpha = .77$ ) y PWBS total (pre  $\alpha = .91$ ; post  $\alpha = .93$ ). Dado que Dominio del entorno y Crecimiento personal muestran inconsistencia entre sus valores pre y post, estas subescalas no formarán parte de los análisis estadísticos.

**Calidad de vida.** Para evaluar la CdV, utilizamos la versión adaptada y validada al español del SF-36 por Alonso et al. (2003) de la versión original de Ware y Sherbourne (1992). Consta de 36 ítems que cubren las dimensiones de: 1) Función Física (10 ítems); 2) Rol Físico (4 ítems); 3) Dolor Corporal (2 ítems); 4) Salud General (5 ítems); 5) Vitalidad (4 ítems); 6) Función Social (2 ítems); 7) Rol Emocional (3 ítems), y 8) Salud Mental (5 ítems). El SF-36 cuantifica los puntajes de las dimensiones por separado con algoritmos previstos para obtener una puntuación estandarizada de 0 a 100 donde a mayor puntuación, mejor percepción de CdV. Sus confiabilidades son: Función Física (Pre  $\alpha = .84$ ; Post  $\alpha = .71$ ), Rol Físico (Pre  $\alpha = .89$ ; Post  $\alpha = .86$ ), Dolor Corporal (Pre  $\alpha = .79$ ; Post  $\alpha = .65$ ), Salud General (Pre  $\alpha = .81$ ; Post  $\alpha = .78$ ), Vitalidad (Pre  $\alpha = .80$ ; Post  $\alpha = .81$ ), Función Social (Pre  $\alpha = .80$ ; Post  $\alpha = .72$ ), Rol Emocional (Pre  $\alpha = .84$ ; Post  $\alpha = .76$ ) y Salud Mental (Pre  $\alpha = .86$ ; Post  $\alpha = .77$ ). Dado que la dimensión de Dolor Corporal muestra inconsistencia entre sus valores pre y post, la misma no formará parte de los análisis estadísticos.

#### Contenido y Metodología de la Formación en BNE

La metodología del curso de BNE se basa en el aprendizaje activo a lo largo de diez meses en un campus virtual, con una dedicación aproximada de 750 horas. El modelo educativo incluye acceso a contenidos teóricos y materiales de aprendizaje, interacción entre el estudiantado y profesorado, tutorías personalizadas, análisis de casos prácticos y clases virtuales. El temario abarca cuatro bloques que incluyen doce temas relacionados, como:

- a) Conciencia de Unidad - Reconocimiento de atributos propios en las demás personas y cómo los procesos perceptivos influyen en nuestra concepción de la realidad.
- b) Creencias - Generación e identificación de creencias y su influencia en la percepción y el desarrollo psicosocial.
- c) Adaptaciones al estrés - Influencia de los procesos perceptivos en las respuestas conductuales ante situaciones estresantes.
- d) Entorno emocional - Impacto de las experiencias emocionales y estrategias para mitigar su efecto.

#### Procedimientos

Una vez el alumnado se inscribió en las ediciones del posgrado, les enviamos una carta de invitación al estudio que incluía un enlace para acceder a la hoja de consentimiento informado. Dado que la formación en línea incluye participantes de varios países iberoamericanos, no fue viable obtener la aprobación de múltiples comités de ética. Sin embargo, nos adherimos a los principios de la Declaración de Helsinki (revisada en 2015). En la hoja de consentimiento, detallamos los objetivos, métodos, financiamiento, afiliaciones institucionales, beneficios, riesgos, incomodidades, estipulaciones post estudio y el derecho a participar o retirarse en cualquier momento sin represalias.

Al consentir a ser parte del estudio dimos acceso al Formulario de Evaluación Pre que debió ser completado previo a iniciar la formación. Durante las fases de evaluación pre y post, la participación implicó responder varias escalas y un cuestionario digital que tomaba aproximadamente 30 minutos. Tanto la administración de los cuestionarios como las actividades del curso se llevaron a cabo de forma individual. Tratamos la información proporcionada de manera confidencial y anónima, exclusivamente para uso del departamento de Investigación y Desarrollo del Enric Corbera Institute (ECI). Gestionamos los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018,

de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en España, y los almacenamos en sistemas informáticos del ECI.

#### Estrategia de Análisis Cuantitativo

Excluimos del análisis a quienes no completaron la evaluación post después de finalizar el curso. No encontramos diferencias estadísticas entre los grupos que completaron solo la evaluación pre y aquellos que completaron ambas (pre y post) en seis de las siete dimensiones evaluadas del SF-36 y en el PWBS y sus dimensiones. Solo en la Función Social del SF-36, el grupo que completó solo la evaluación pre mostró un promedio menor ( $\bar{X} = 77.58$ ;  $DE = 24.40$ ) en comparación con el grupo que completó ambas evaluaciones ( $\bar{X} = 80.46$ ;  $DE = 22.47$ ) [ $t$  ( $df = 2816$ ) =  $-2.90$ ;  $p = .004$ ]. Sin embargo, el tamaño del efecto ( $d = -.12$ ) indica que esta diferencia es pequeña. No realizamos imputaciones para los datos perdidos o descartados de las personas participantes. Utilizamos IBM-SPSS versión 28 para la limpieza de los datos e invertimos los valores de los ítems según fuera necesario. Calculamos totales para la escala PWBS, sus dimensiones y las dimensiones del SF-36. Ajustamos las dimensiones y consideramos al menos un 80% de respuestas en cada escala o dimensión. Aplicamos los algoritmos sugeridos para la transformación y estandarización de las subescalas del SF-36 (Alonso et al., 2003). Aunque identificamos casos extremos en varias dimensiones, solo en el Rol Físico del SF-36 observamos un impacto adverso. Detectamos 30 casos en la evaluación post de esta dimensión con puntuaciones 3.5 DE por debajo del promedio, y presentamos los resultados con y sin estos casos.

Las dimensiones del PWBS y SF-36 no cumplían con el supuesto de normalidad esperado en el análisis de una muestra grande. A pesar de esto, optamos por pruebas paramétricas para evaluar diferencias en promedios, incluso ante una

distribución asimétrica de los datos (Garren & Osborne, 2021; Gyu Kwak & Hae Kim, 2017). Los valores  $p$  para la prueba Wilcoxon signed rank fueron  $<.001$  para la escala del PWBS y sus dimensiones, así como para las dimensiones de Rol Físico, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Para las dimensiones de Función Física y Salud General los valores  $p$  en esta prueba fueron de  $.002$  y  $.016$ , respectivamente.

Aplicando el ajuste de Bonferroni, establecimos rechazar la hipótesis nula para valores de  $p \leq .00625$  en las dimensiones de CdV, y para valores de  $p \leq .01$  en la escala de PWBS y sus dimensiones. Reportamos los intervalos de confianza para la diferencia entre las medias y los tamaños de efecto según lo sugerido por la Asociación Americana de Psicología (APA, JARS, 2008). Utilizamos la técnica de remuestreo simple (*bootstrap*), y generamos 3000 muestras para obtener los intervalos de confianza (Desharnais et al., 2015). El método acelerado con corrección de sesgo (BCA) del Bootstrap asegura una ejecución adecuada y corrige el sesgo por asimetría (Puth et al., 2015).

Contrario a lo esperado, en análisis preliminares observamos una disminución estadística en la Función Social de la escala de CdV. Este resultado coincide con el periodo en el que se ofrecieron varias ediciones del curso, siendo el 69% de la muestra participante de las ediciones realizadas durante la pandemia de COVID-19. Este hallazgo nos condujo a replantear la estrategia de análisis, y a evaluar por separado el impacto de la formación en las ediciones ofrecidas antes ( $n = 227$ ) y durante la pandemia de COVID-19 ( $n = 509$ ). Al considerar que el 84.7% de la muestra total son mujeres y que esta distribución es similar al separar los grupos antes mencionados, repetimos los análisis por separado para las mujeres y hombres antes y durante la pandemia de COVID-19.

RESULTADOS

Los eventos estresantes más comunes reportados por el alumnado durante el año previo a la formación incluyeron situaciones laborales (43.5%), conflictos interpersonales en el entorno familiar o social (42.1%), y enfermedades graves de familiares como madre, padre u otros (36.9%). Al inicio del estudio, el 4.6% de las mujeres y el 6.9% de los hombres informaron tener diagnóstico de ansiedad, mientras que el 5.4% de las mujeres y el 0.9% de los hombres indicaron tener diagnóstico de depresión. No observamos diferencias estadísticas en la

frecuencia de ansiedad y depresión según el sexo del alumnado [ $\chi^2 (gl=1) = .555; p = .456$ ;  $\chi^2 (gl=1) = 2.204; p = .138$ ] respectivamente. No identificamos diferencias en el porcentaje de estudiantes que reportaron depresión entre el grupo que recibió la formación antes del COVID-19 (4.9%) y quienes la recibieron durante (2.4%) [ $\chi^2 (gl=1) = 3.18; p = .075$ ]. Sin embargo, el porcentaje de estudiantes que reportaron ansiedad en el grupo que recibió la formación antes del COVID-19 (14.5%) fue mayor que en quienes la recibieron durante el COVID-19 (6.5%) [ $\chi^2 (gl=1) = 11.33; p < .001$ ].

TABLA 2. Comparación de Medias Pre-Post de las Variables Dependientes Muestra Total (N = 736).

Dimensiones	Diferencia en medias	Pre $\bar{X} (DE)$	Post $\bar{X} (DE)$	t	IC 95% Bootstrap	Valor p	d	IC 95% d
<i>SF-36- Calidad de Vida</i>								
Función Física	-1.02	95.2 (9.9)	96.2 (7.1)	-3.41	-1.6 a -.44	<.001	-.13	-.19 a -.05
Rol Físico	-2.67	88.5 (28.0)	91.2 (24.0)	-2.14	-5.06 a -.34	.033	-.08	-.15 a -.01
Salud General	-.09	79.3 (16.7)	79.4 (17.8)	-.133	-1.33 a 1.21	.894	-.005	-.08 a .07
Vitalidad	<b>-4.33</b>	62.0 (18.9)	66.4 (17.7)	-6.27	-5.67 a -2.90	<.001	<b>-.23</b>	-.31 a -.16
Función Social	3.25	80.6 (22.5)	77.3 (19.8)	3.58	1.45 a 5.05	<.001	.13	.06 a .21
Rol Emocional	<b>-10.19</b>	71.0 (39.7)	81.2 (31.8)	-6.41	-13.3 a -7.23	<.001	<b>-.24</b>	-.31 a -.16
Salud Mental	<b>-3.57</b>	70.8 (15.9)	74.4 (14.2)	-5.99	-4.79 a -2.37	<.001	<b>-.22</b>	-.30 a -.15
<i>PWBS Bienestar Psicológico</i>								
Autoaceptación	<b>-1.56</b>	26.5 (4.7)	28.1 (4.9)	-8.34	-1.9 a -1.21	<.001	<b>-.31</b>	-.38 a -.23
Relaciones positivas	-.90	27.0 (6.1)	27.9 (5.6)	-4.19	-1.34 a -4.48	<.001	-.15	-.23 a -.08
Autonomía	<b>-1.66</b>	34.5 (6.4)	36.1 (6.2)	-6.64	-2.16 a -1.13	<.001	<b>-.25</b>	-.32 a -.17
Propósito de vida	<b>-1.68</b>	27.0 (5.2)	28.7 (4.5)	-9.72	-2.02 a -1.32	<.001	<b>-.36</b>	-.44 a -.28

Nota. DE= Desviación Estándar; IC= Intervalos de Confianza; Valor p = probabilidad diferencia sea producto del azar; d = tamaño de efecto en estudios no pre-registrados: < de .20 (bajo), .20 a .38 (moderado); .39 y .60 (grande) (Schäfer & Schwarz, 2019).

Al finalizar la formación, observamos un aumento estadístico en la percepción de cinco de las dimensiones de la Escala de CdV (Tabla 2); observamos el mayor impacto en Rol Emocional ( $d = -0.24$ ). Las otras dimensiones con mayores incrementos fueron Vitalidad y Salud Mental, con tamaños de efecto de -0.23 y -0.22, respectivamente. Por otro lado, al descartar los casos con 3.5 DE por debajo del promedio en el post en la dimensión de Rol Físico, evidenciamos una mejoría estadística al finalizar la formación [ $t (gl = 699) = -5.64; p < .001; d = -0.21$ ].

En la Escala de BP observamos un aumento estadístico en la escala total y en las cuatro dimensiones evaluadas. Las dimensiones de crecimiento más notables

fueron el propósito de vida, la autoaceptación y la autonomía, con tamaños de efecto de -0.36, -0.31 y -0.25, respectivamente. Las personas que participaron fortalecieron su capacidad para dar sentido a la vida, mantener una actitud positiva hacia sí mismas y su capacidad de autodeterminación e independencia.

En la Tabla 3 presentamos los resultados para el grupo que recibió la formación entre 2018 y 2019, antes del COVID-19. Los resultados en este grupo no sólo muestran un impacto positivo de la formación en la variable de Función Social, con un tamaño de efecto moderado de -0.28, sino también un aumento en los tamaños de efecto en las variables de Vitalidad ( $d = -0.41$ ) y Salud Mental ( $d = -$

0.33). Incluso, la variable “salud general” mostró un incremento en su tamaño de efecto de -0.005 a -0.18. Observamos un incremento en la escala total de PWBS, en Autoaceptación y Autonomía, con tamaños de efecto de -0.41, -0.47 y -0.41, respectivamente. Al

dividir los análisis por sexo los resultados se fortalecen en las mujeres en Vitalidad, Salud Mental, BP, Autoaceptación y Autonomía. En los hombres, observamos el impacto positivo en Función Física y Autoaceptación.

TABLA 3.  
Comparación de Medias Pre-Post de las Variables Dependientes en el Grupo de Formación Previo al COVID 19 (N = 219).

Dimensiones	Diferencia en medias	Pre $\bar{X}$ (DE)	Post $\bar{X}$ (DE)	t	IC 95% Bootstrap	Valor p	d	IC 95% d
<i>SF-36-Calidad de Vida</i>								
Función Física	-.91	95.4 (9.7)	96.3 (7.4)	-1.91	-1.85 a -.003	.057	-.13	-.26 a .004
Rol Físico	-3.77	89.2 (28.4)	92.9 (21.2)	-1.83	-7.70 a -.11	.068	-.12	-.26 a .009
Salud General	-2.51	79.3 (16.7)	81.6 (15.2)	-2.66	-4.29 a -.77	.008	-.18	-.31 a -.05
Vitalidad	<b>-6.30</b>	62.0 (18.9)	69.8 (17.1)	-6.07	-8.37 a -4.31	<b>&lt;.001</b>	<b>-.41</b>	-.55 a -.27
Función Social	<b>-6.22</b>	80.6 (22.5)	88.2 (17.7)	-4.13	-9.17 a -3.44	<b>&lt;.001</b>	<b>-.28</b>	-.41 a -.14
Rol Emocional	-7.38	71.0 (39.7)	83.9 (31.0)	-2.63	-13.0 a -1.59	.009	-.18	-.31 a -.04
Salud Mental	<b>-4.50</b>	70.8 (15.9)	77.1 (12.5)	-4.92	-6.28 a -2.78	<b>&lt;.001</b>	<b>-.33</b>	-.47 a -.20
<i>PWBS- Bienestar Psicológico</i>								
Autoaceptación	<b>-8.29</b>	180.7 (22.8)	189.9 (2.1)	-6.08	-10.9 a -5.5	<b>&lt;.001</b>	<b>-.41</b>	-.54 a -.27
Relaciones positivas	<b>-2.09</b>	26.5 (4.7)	28.8 (4.2)	-6.98	-2.68 a -1.52	<b>&lt;.001</b>	<b>-.47</b>	-.60 a -.33
Autonomía	<b>-1.38</b>	27.0 (6.1)	28.7 (5.0)	-4.37	-2.02 a -.75	<b>&lt;.001</b>	<b>-.29</b>	-.42 a -.16
Propósito de vida	<b>-2.41</b>	34.5 (6.4)	36.9 (5.5)	-6.18	-3.21 a -1.61	<b>&lt;.001</b>	<b>-.41</b>	-.55 a -.28
Propósito de vida	<b>-1.20</b>	27.0 (5.2)	28.4 (5.0)	-3.77	-1.79 a -.58	<b>&lt;.001</b>	<b>-.25</b>	-.38 a -.12

Nota: DE= Desviación Estándar; IC= Intervalos de Confianza; Valor p = probabilidad diferencia sea producto del azar; d = tamaño de efecto en estudios no pre-registrados: valores < de .20 (bajo), valores .20 a .38 (moderado); valores .39 y .60 (grande) (Schäfer & Schwarz, 2019). Al repetir los análisis en las mujeres (n= 178) los resultados se fortalecen en Vitalidad (d = -.53), Función Social (d = -.33), Rol Emocional (d = -.20), Salud Mental (d = -.40), Bienestar Psicológico (d = -.51), Autoaceptación (d = -.52), Relaciones Positivas (d = -.36), Autonomía (d = -.51) y Propósito de vida (d = -.32). Mientras, en los hombres (n = 41) observamos el impacto positivo en Función Física (d = -.26), Rol Físico (d = -.19) y Autoaceptación (d = -.24).

TABLA 4.  
Comparación de Medias Pre-Post de las Variables Dependientes en el Grupo de Formación Durante COVID 19 (N = 509).

Dimensiones	Diferencia en medias	Pre $\bar{X}$ (DE)	Post $\bar{X}$ (DE)	t	IC 95% Bootstrap	Valor p	d	IC 95% d
<i>SF-36-Calidad de Vida</i>								
Función Física	-1.05	95.01 (10.1)	96.1 (7.1)	-2.75	-1.85 a -.29	.006	-.12	-.21 a -.03
Rol Físico	-2.26	88.5 (27.5)	90.7 (24.6)	-1.44	-5.27 a .72	.150	-.06	-.15 a .02
Salud General	1.02	79.6 (16.9)	78.5 (18.6)	1.16	-.74 a 2.78	.247	.05	-.04 a .14
Vitalidad	-3.59	61.4 (19.0)	65.0 (17.5)	-4.05	-5.29 a -1.87	<b>&lt;.001</b>	-.18	.27 a -.09
Función Social	<b>7.27</b>	79.8 (23.0)	72.5 (18.7)	6.71	5.14 a 9.41	<b>&lt;.001</b>	<b>.30</b>	.21 a .39
Rol Emocional	<b>-11.53</b>	68.7 (40.6)	80.2 (31.8)	-5.98	-15.4 a -7.7	<b>&lt;.001</b>	<b>-.27</b>	-.36 a -.18
Salud Mental	-3.29	69.9 (16.2)	73.23 (14.5)	-4.32	-4.80 a -1.79	<b>&lt;.001</b>	-.19	-.28 a -.10
<i>PWBS Bienestar Psicológico</i>								
Autoaceptación	-4.16	180.2 (22.6)	184.4 (26.9)	-3.35	-6.47 a -1.73	<b>&lt;.001</b>	-.15	-.24 a -.06
Relaciones positivas	<b>-1.33</b>	26.4 (4.6)	27.7 (5.1)	-5.66	-1.80 a -.84	<b>&lt;.001</b>	<b>-.25</b>	-.34 a -.16
Autonomía	-.70	26.9 (6.1)	27.6 (5.9)	-2.51	-1.23 a -.15	.012	-.11	-.20 a -.02
Propósito de vida	-1.32	34.5 (6.5)	35.8 (6.5)	-4.17	-1.96 a -.71	<b>&lt;.001</b>	-.19	-.27 a -.10
Propósito de vida	<b>-1.89</b>	27.0 (5.3)	28.9 (4.3)	-9.24	-2.30 a -1.48	<b>&lt;.001</b>	<b>-.41</b>	-.50 a -.32

Nota: DE= Desviación Estándar; IC= Intervalos de Confianza; Valor p = probabilidad diferencia sea producto del azar; d = tamaño de efecto en estudios no pre-registrados: < de .20 (bajo), .20 a .38 (moderado); .39 y .60 (grande) (Schäfer & Schwarz, 2019). En las mujeres (n=428), los resultados muestran un fortalecimiento en Vitalidad (d = -.19), Rol Emocional (d = -.26), Salud Mental (d = -.19), Autoaceptación (d = -.23) y Propósito de vida (d = -.39). En los hombres (n=66), observamos un impacto positivo en Rol Emocional (d = -.32), Autoaceptación (d = -.30) y Propósito de vida (d = -.54). Es importante destacar que, mientras observamos un deterioro en Función Social en las mujeres (d = .28), este es más pronunciado en los hombres (d = .52).

En la Tabla 4 presentamos los resultados para el grupo que recibió la formación durante el COVID-19, en los años 2020 y 2021.

Observamos un impacto adverso de la pandemia en las dimensiones de Función Social, Rol Físico y Salud General en compa-

ración con los resultados previos. No obstante, identificamos un impacto positivo en las dimensiones de Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental en este grupo. Además, se destacó un efecto positivo en la escala de BP, especialmente en la dimensión de Propósito de Vida ( $d = -0.41$ ). Al analizar por separado a las mujeres, se observa un fortalecimiento consistente en los resultados mencionados anteriormente, mientras que en los hombres se destaca un impacto positivo en Rol Emocional, Autoaceptación y Propósito de Vida. Se observa un deterioro en Función Social tanto en mujeres como en hombres, siendo más pronunciado en estos últimos. Es importante mencionar que, tanto en el grupo anterior a la pandemia como en el grupo durante la pandemia, al excluir los casos con puntuaciones 3.5 DE por debajo del promedio en la dimensión de Rol Físico en la evaluación Post, se observó un incremento estadístico al finalizar la formación [ $t (gf = 220) = -2.98; p < .003; d = -0.20; t (gf = 478) = -4.78; p < .001; d = -0.22$ ].

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación sugieren que la formación en BNE, a través de la modificación de patrones perceptivos, promueve mejoras en el bienestar emocional y la CdV. Concluimos que la BNE podría ser un recurso valioso para fomentar la salud mental en personas adultas de habla hispana. Observamos mejoras en cinco de las ocho dimensiones del instrumento de CdV (Alonso et al., 2003). En el componente de salud mental, destacó el fortalecimiento del rol emocional, reduciendo la interferencia de problemas emocionales en el trabajo y actividades diarias. El alumnado también reportó mayor vitalidad y energía, mejorando su percepción general de salud mental. En el componente de salud física, el estudiantado percibió disminución en sus problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física (rol físico).

Es relevante destacar que hemos observado un impacto positivo de la modifica-

ción de patrones perceptivos tanto en el alumnado que recibió formación antes como durante la pandemia de COVID-19. Este hallazgo es significativo dado el impacto negativo que el COVID-19 ha tenido en el BP, la CdV (Durán Castillo, 2022) y la salud mental (Hernández-Rodríguez, 2020) de la población general. Durante la pandemia, la formación en BNE mostró un impacto positivo en las dimensiones de rol emocional y salud mental del instrumento de CdV. Además, mientras observamos una reducción en la interferencia significativa en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales en quienes recibieron la formación antes del COVID-19, encontramos evidencias de un deterioro en la función social en quienes recibieron la formación durante la pandemia. Por otro lado, observamos diferencias por sexo en varias de las dimensiones de CdV. Estos hallazgos son consistentes con un metaanálisis previo (Vilagut et al., 2004) y un estudio normativo (Garratt & Stavem, 2017). Barbosa-Leiker et al. (2022) encontraron que los hombres tenían medias más altas en los componentes físico y mental en comparación con las mujeres en cada punto temporal, y que estas diferencias disminuyeron con el tiempo. Nuestros resultados nos llevan a cuestionarnos la equivalencia métrica del instrumento por sexo en la población iberoamericana.

Es importante mencionar que las personas que inician la formación en BNE ya presentan un alto nivel de BP, lo que resulta en cambios moderados al evaluar los efectos. Esto coincide con Weiss et al. (2016), quienes en un metaanálisis observaron que las intervenciones conductuales tuvieron un efecto moderado sobre el BP, siendo mayores los efectos en grupos clínicos. Abbott et al. (2009) concluyeron que las subescalas del PWBS de Ryff miden adecuadamente los niveles promedio de bienestar, pero tienen baja precisión en niveles altos.

Aun así, en las personas que recibieron la formación antes del COVID-19, observamos el mayor impacto en el BP, la autoaceptación

y la autonomía, y un impacto moderado en las relaciones positivas y propósito de vida. En contraste, en aquellas que recibieron la formación durante la pandemia, el mayor impacto fue en el propósito de vida, seguido por un impacto moderado en la autoaceptación. Estas dimensiones están vinculadas al enfoque eudaimónico del bienestar, y promueven el funcionamiento humano positivo, por lo que cumplen con el objetivo de nuestro estudio. Hubo mejoras en la autoaceptación y actitud positiva hacia sí mismas, en la capacidad de fijar metas y dar sentido a la vida (propósito de vida), y en la autodeterminación e independencia. Estos aspectos están interrelacionados, ya que una valoración positiva de una persona hacia sí misma facilita una actitud positiva hacia la vida. Todo esto está vinculado al autoconocimiento a través del desarrollo de la autoconciencia, lo que promueve habilidades y conocimientos que contribuyen al BP de las personas.

Desde la BNE, el desarrollo de la autoconciencia permite a la persona distinguir entre la realidad y su interpretación subjetiva. La conciencia, al reconocerse como autoconciencia, se percibe como un yo interior, singular y subjetivo (Leiva, 2020). El ser consciente de la subjetividad reduce el impacto emocional frente a eventos estresantes. Un estudio con profesionales que trabajan con el sufrimiento mostró que una alta autoconciencia ayuda a mantener la ecuanimidad, observar pensamientos y sentimientos, y a sentir seguridad sin que el contexto tenga un impacto (Benito, et al., 2020).

Los hallazgos del presente estudio permiten, a su vez, generar un cúmulo de evidencia ante algunas de las críticas recibidas al movimiento de educar para el bienestar individual, donde se cuestiona la dificultad para replicar estudios, la insuficiencia de pruebas y el enfoque individualista (Waters & Loton, 2019). Aun cuando se sostiene que la psicología positiva está en desarrollo (Bastos Andrade y Ferreira, 2022), contribuir a la promoción y prevención

de la salud psicofísica complementa la educación preventiva.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio, como la falta de un grupo de control debido a la dificultad de implementar este diseño en un curso de diez meses. La ausencia de datos post para las personas participantes que no completaron la formación impidió evaluar el efecto de dosis del curso. Además, la participación de personas de varios países complicó la identificación de un comité de ética único o colaborativo. El instrumento de BP que utilizamos no resultó ser el más adecuado para evaluar cambios, por lo que hemos decidido no utilizarlo en investigaciones futuras y modificar los instrumentos para evaluar el bienestar emocional.

Los resultados obtenidos impulsaron una investigación en curso en la que se examina si la modificación de patrones perceptivos promovida en la formación en BNE se asocia con un incremento en la flexibilidad psicológica, la regulación emocional, la CdV y una disminución en la percepción de estrés y el malestar psicológico. Realizamos evaluaciones antes, durante, al finalizar y tres meses después de la formación, lo que permitirá evaluar el impacto a lo largo del tiempo. Los hallazgos de este estudio podrían plantear la interrogante sobre la equivalencia métrica de los instrumentos en función de la variable de sexo en futuras investigaciones.

En conclusión, los resultados indican que la formación en BNE mediante la modificación de los patrones perceptivos mejora la CdV y el BP, incluso durante la pandemia de COVID-19, cuando el bienestar emocional de la población se vio comprometido. Esto sugiere que formaciones en línea como la BNE pueden satisfacer la necesidad de promoción de salud mental planteada por la OMS, constituyendo una opción válida de prevención primaria universal.

Estándares Éticos de Investigación

**Financiamiento:** Esta investigación fue financiada por el Instituto Enric Corbera, con

el cual las autorías colaboran como parte de su Departamento de Investigación y Desarrollo. Declaramos que la colaboración no implicó ni afectó el juicio profesional respecto al interés principal en el bienestar de los participantes y la validez de la investigación. Las bases de datos originales y finales de las cuales provienen los resultados presentados en este documento pueden ser proporcionadas si fuera necesario.

**Conflicto de intereses:** El presente estudio no es independiente del instituto que los genera. En este sentido, tal como se indica anteriormente, tanto los datos como el análisis de estos se harán disponibles de ser necesario.

**Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humanos en la Investigación:** Aunque el Instituto Enric Corbera no cuenta con una Junta Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, se tomaron todas las medidas necesarias para garantizar los derechos de los participantes en la investigación. El procedimiento ético siguió los estándares de la Declaración de Helsinki. La información proporcionada fue tratada de manera confidencial, anónima y exclusivamente para el uso del Departamento de Investigación y Desarrollo del Instituto Enric Corbera. Los datos han sido procesados de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales en España. La información proporcionada por cada instrumento fue almacenada en los sistemas informáticos gestionados por el ECI.

**Consentimiento informado:** Toda la información fue proporcionada a los participantes en el formulario de consentimiento informado como paso previo para acceder al cuestionario.

## REFERENCIAS

Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., & Croudace, T. J. (2009). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's Psychological

Well-Being Scales in a population sample. *Soc Indic Res*, 97, 357-373. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9506-x>

Alonso, J., & Colaboradores. (2003). Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2). Versión española de SF-36v2™ Health Survey 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Arango, C., Díaz, C., McGorry, P., Rapoport, J., Sommer, I., Vorstman, J., McDaid, D., Marín, O., Serrano, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet*, 5(7), 591-604.

[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)

APA Publications and Communications Board Working Group on Journal Article Reporting Standards (2008). Reporting standards for research in psychology: Why do we need them? What might they be? *American Psychologist*, 63(9), 839–851. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.9.839>

Barbosa-Leiker, C., Burduli, E., Arias-Losado, R., Muller, C., Noonan, C., Suchy-Dacey, A., Nelson, L., Verney, S. P., Montine, T. J., & Buchwald, D. (2022). Testing gender and longitudinal measurement invariance of the SF-36 in American Indian older adults: The strong heart study. *Psychological Assessment*, 34(9), 870–879.

<https://doi.org/10.1037/pas0001153>

Barceló, R., Ornelas, M., & Blanco, H. (2021). Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 27, 95-102.

<https://doi.org/10.5093/anyes2021a13>

Benito, E., Rivera-Rivera, P., Yaeguer J., & Specos M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 72-88.

<https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.399>

- Cabrera, C., Caldas, J., Rivera, D., & Carrillo, S. (2019). Diseño del programa de bienestar psicológico de educación en salud online "Florece" para contextos universitarios. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 406-415.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55962867026>
- Cidral, W. A., Oliveira, T., Di Felice, M., & Aparicio, M. (2018). E-learning success determinants: Brazilian empirical study. *Computers and Education*, 122, 273-290.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.compedu.2017.12.001>
- Corbera, E. (2013). *Fundamentación teórica de la bioneuroemoción: Evolución de la biodescodificación*. Ed. (K I E R).
- Corbera, D., Pallarès, S., Corbera, E., Inda, A. & Rivera-Medina, C. (2024). Bioneuroemoción: Un modelo de prevención primaria universal como acercamiento al bienestar biopsicosocial. [Manuscrito en preparación].
- Cruz, L., de Almeida, M., Oliveira, M., Alves, S., Feliciati, J., Bagattini, A., & Polanczyk, C. L. (2013). Health-related quality of life in Brazil: Normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1911-1921.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700006>
- Dhawan, S. (2020). Online learning: A panacea in the time of COVID-19. *Crisis. Journal of Educational Technology Systems*, 49(1), 5-22.  
<https://doi.org/10.1177/0047239520934018>
- Desharnais, B., Camirand-Lemyre, F., Mireault, P., & Skinner, C. D. (2015). Determination of confidence intervals in non-normal data: Application of the Bootstrap to cocaine concentration in femoral blood. *Journal of Analytical Toxicology*, 39, 113-117.  
<https://doi.org/10.1093/jat/bku127>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Durán Castillo, M. (2022). Consulta post COVID: Implicaciones socio económicas y sanitarias. *Medicina Interna*, 38(2), 84-89.  
[http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_sv\\_mi/article/view/30227](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_sv_mi/article/view/30227)
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(30), 2-17.  
<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., Sarris, J. (2017). Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 218, 15-22.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.046>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatria Polska*, 51(3), 407-411.  
<https://doi.org/10.12740/PP/74145>
- Garratt, A. M., & Stavem, K. (2017). Measurement properties and normative data for the Norwegian SF-36: Results from a general population survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 51.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-017-0625-9>
- Garren, S. T., & Osborne, K. M. (2021). Robustness of t-test based on skewness and kurtosis. *Journal of Advances in Mathematics and Computer Science*, 36(2), 102-110.  
<https://doi.org/10.9734/jamcs/2021/v36i230342>
- Gyu Kwak, S., & Hae Kim, J. (2017). Central limit theorem: The cornerstone of modern

- statistics. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(2), 144-156.  
<https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.144>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J.R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T.A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V.A., Larsen, M. H., Løvereide, B., Løyland, B., Kvarme, L.G., Moons, P., . . . Helseth, S. (2019). A systematic review of quality-of-life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28, 2641-2650.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578)
- Krutsevich, T., Trachuk, S., Ivanik, O., Panhelova, N., Brychuk, M., & Kedrych, H. (2021). Assessment of a healthy lifestyle and quality of life of men and women in modern society based on SF-36. *Teoriâ ta Metodika Fizičnogo Vihovannâ*, 21(3), 211-218.  
<https://doi.org/10.17309/tmfv.2021.3.04>
- Leiva, G. R. (2020). La autoconciencia hegeliana o la necesidad de lo otro. *Thémata Revista de Filosofía*, 62, 13-36.  
<https://doi.org/10.12795/themata.2020.i6.2.01>
- Meulders, M. (2010). *Helmholtz: From enlightenment to neuroscience*. MIT Press.  
<https://doi.org/10.7551/mitpress/8673.001.0001>
- Min, J. A., Lee, Ch. Uk., & Lee, C. (2013). Mental health promotion and illness: A challenge for psychiatrists. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 307-316.  
<https://doi.org/10.4306%2Fpi.2013.10.4.307>
- Moreta-Herrera, R., Reyes-Valenzuela, C., Villagrán, L., Gaibor-González, I., & López-Castro, J. (2021). Estructura factorial del Cuestionario Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Revista de Psicología*, 30(1), 1-12.  
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2021.55410>
- Nadler, R., Carswell, J. J., & Minda, J. P. (2020). Online mindfulness training increases well-being, trait emotional intelligence, and workplace competency ratings: A randomized waitlist-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-19.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00255>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, octubre 8). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*.  
<https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Ou, Q. (2017). A brief introduction to perception. *Studies in Literature and Language*, 15(4), 18-28.  
<http://dx.doi.org/10.3968/10055>
- Puth, M. T., Neuhauser, M., & Ruxton, G. D. (2015). On the variety of methods for calculating confidence intervals by bootstrapping. *Journal of Animal Ecology*, 84(4), 892-897.  
<https://doi.org/10.1111/1365-2656.12382>
- Rivera Medina, C. L., Corbera, D., Inda, A., Ohaco, E. H., Corbera, E. y Pallarés, S. (2024). Estudio piloto: viabilidad de la formación en línea en Bioneuroemoción para docentes. *Educación y Educadores*, 26(3), 26-35.  
<https://doi.org/10.5294/edu.2023.26.3.5>
- Rossell, S. L., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Meyer, D. (2021). An overview of current mental health in the general population of Australia during the COVID-19 pandemic: Results from the COLLATE project. *Psychiatry Research*, 296, 113660.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113660>
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12*(1), 35-55.  
<https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D. (2018). Well-Being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science, 13*(2), 242-248.  
<https://doi.org/10.1177/1745691617699836>
- Schäfer, T., & Schwarz, M. (2019). The meaningfulness of effect sizes in psychological research: Differences between sub-disciplines and the impact of potential biases. *Frontiers in Psychology, 10*(813), 1-13.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00813>
- Sandoval Barrientos, S., Dorner París, A., & Véliz Burgos, A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica, 6*(24), 260-266.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>
- Seligman, M. E. P. (2019). Positive psychology: A personal history. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1), 1-23.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
- Tyng, C., Amin, H., Saad, M., & Malik, A. (2017). The influences of emotion on learning and memory. *Frontiers in Psychology, 8*(1454), 1-22.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01454>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Domingo, A., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, 19*(2), 135-150.
- Ware J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473-483, Article 1593914.
- Waters, L., & Loton, D. (2019). SEARCH: A meta-framework and review of the field of positive education. *International Journal of Applied Positive Psychology, 4*(1-2), 1-46.  
<https://doi.org/10.1007/s41042-019-00017-4>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological wellbeing: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One, 11*(6), Article e0158092.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- World Health Organization. (2004, January 1). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Summary report.*  
<https://www.who.int/publications/i/item/924159215X>
- World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health.*  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yih, J., Uusberg, A., Taxer, J. L., & Gross, J. J. (2019). Better together: A unified perspective on appraisal and emotion regulation. *Cognition and Emotion, 33*(1), 41-47.  
<https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1504749>