



Capítulo publicado en Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brouwer.

# **SALUD MENTAL POSITIVA: DEL SÍNTOMA AL BIENESTAR**

Carmelo Vázquez

Gonzalo Hervás

## **1. Introducción**

## **2. Salud mental positiva**

## **3. Modelos psicológicos del bienestar**

*3.1. El modelo de Jahoda*

*3.2. La teoría de la autodeterminación*

*3.3. Modelo del Bienestar Psicológico*

*3.4. Modelo de Bienestar y Salud Mental de Keyes*

*3.5. El modelo de las tres vías*

## **4. Los límites de las intervenciones en el bienestar psicológico.**

## **5. Conclusiones**

## 1. Introducción

El interés por desarrollar intervenciones que promuevan el bienestar de las personas no es nuevo. Cualquier intervención psicológica (pero también médica, política, social, o tecnológica incluso) probablemente tiene el interés implícito de mejorar la vida de la gente. Alcanzar y mantener una buena vida puede convertirse en un objetivo profesional legítimo y éticamente deseable entre otras razones porque ese es un objetivo común de la humanidad. No hay nada extraño ni artificial en intentar conseguir que el máximo número de personas disfruten de una buena vida porque ésta es una meta latente en prácticamente cualquier individuo.

Por una serie de razones que tienen que ver con la sociología de la ciencia y con el propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, históricamente el foco de las intervenciones en áreas como la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento, y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2008a). Pero este objetivo es algo que también ha de competir a los científicos y a todos quienes creen que es posible mejorar la condición humana o, al menos, las condiciones en las que viven los humanos.

En el campo específico de la salud, este objetivo más centrado en el desarrollo y optimización de los recursos personales y colectivos ya se hizo explícito en los trabajos constitutivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de la II Guerra Mundial. En una histórica declaración de intenciones, en el preámbulo de los primeros estatutos oficiales de la OMS se afirmaba que:

"la salud es un estado completo de *bienestar* físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía" (WHO, 1948).

Esta definición de algún modo contemplaba la posibilidad de diferenciar entre salud negativa y positiva y su enfoque invita a una reflexión que resulta aún hoy radicalmente necesaria. De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, definió la salud como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes". La OMS no ha perdido interés en este concepto y aparece reiteradamente en muchos de sus documentos oficiales. Por ejemplo, en 1986 se efectuó en Ottawa la primera reunión oficial de la OMS sobre promoción de la salud, y en la declaración final se concluyó que:

"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como la capacidades físicas". (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Este interés conceptual de la OMS por acotar de un modo completo e integral el concepto de salud ha tenido algunos desarrollos recientes. En esta dirección, una de las vías más interesantes es el esfuerzo de la propia organización por operativizar el concepto de *calidad de vida* y en desarrollar instrumentos de medida de este concepto (WHOQOL Group, 1994), más centrado en el análisis de los componentes que promueven la salud, pero que sin duda ilustra esta necesidad sentida por el más alto organismo internacional dedicado a la salud humana<sup>1</sup>.

La definición de salud de la OMS en 1948 resultaba visionaria, aunque quizás utópica (Vázquez, 1990) y, sobre todo, prematura pues en ese momento no se disponía de instrumentos de medida ni, lo que es más importante, de un reconocimiento generalizado entre los profesionales y la ciudadanía de la necesidad de incorporar esa idea tan renovadora de los conceptos de salud y enfermedad. De cualquier modo, exponía de un modo tan acertado como atrevido la insuficiencia de las definiciones habituales de la salud. Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos sino en disfrutar de una serie de capacidades y recursos que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007) y crear las condiciones que permitan el máximo desarrollo posible del individuo. En esa misma dirección, Antonovsky (1987) desarrolló su conocida “teoría salutógena humana” según la cual es necesario reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva y, por lo tanto, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad hay que añadir la investigación sobre los *factores salutógenos* que causan o mantienen la salud positiva – véase también Avia y Vázquez (1998, Capt. 5).

Desgraciadamente, el término de “salud” se ha convertido en este tiempo más en un eslogan o, en el caso específico de la “salud mental”, en un modo eficaz de reducir el estigma asociado al concepto de “enfermedad mental”. Hablar de “salud mental” forma parte ya de un lenguaje políticamente correcto pero quizás vacío de contenidos. Al igual que existen Ministerios de Defensa que ocultan bajo ese nombre más benigno lo que son ancestrales organizaciones para la guerra, existen Ministerios de Sanidad cuyo objetivo es más el combate de enfermedades que la promoción de la salud. El

---

<sup>1</sup> Desde 1985 la OMS ha venido trabajando en este proyecto sobre la evaluación de la calidad de vida en contextos asistenciales en el que participan 25 centros de todo el mundo (Orley y Saxena, 1998). La definición consensuada de calidad de vida es básicamente subjetiva y consiste en “El modo en que la persona percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello incorporando, de modo complejo, la salud física de la persona, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” (WHOQOL Group, 1994, pág. 28).

término de salud física y mental goza de una merecida popularidad pero las prácticas que esconden bajo ese rótulo siguen siendo tradicionales: tanto la Psicología como la Medicina aún centran su intervención primaria en problemas emergentes más que en prácticas preventivas y de promoción de salud. Su objetivo es más reducir el dolor y la incapacidad que promover el bienestar de la gente y desarrollar aquellas capacidades que permitan su crecimiento. Es necesario promover una mayor sensibilidad entre los profesionales para que acentúen en la medida de lo posible sus prácticas de evaluación e intervención en esta dirección (Hopper, 2007).

Hay suficientes razones teóricas y empíricas para pensar que el afecto negativo y el positivo, el malestar y el bienestar o, aún de modo más general, la enfermedad y la salud, son relativamente independientes (Vázquez y Hervás, 2008; Keyes y Waterman, 2003) y exigen métodos de medida y estrategias de intervención específicos. Por ejemplo, en un estudio con una muestra representativa nacional de EE.UU., Keyes (2005) ha demostrado que diferentes medidas de bienestar (psicológico, social y emocional) son independientes, aunque correlacionadas, a las medidas de trastornos mentales (depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y dependencia de alcohol). Una de las consecuencias de estos hallazgos es que se puede reducir eficazmente los problemas clínicos o síntomas de una persona (para lo que se han desarrollado métodos muy eficaces en las últimas décadas) pero eso no conlleva necesariamente una mejora significativa de sus vidas. Este relativo olvido sobre las prácticas eficaces que mejoran el bienestar psicológico de los seres humanos (tengan problemas o no) ya no es aplazable y debe convertirse en un objetivo irrenunciable (Seligman, 1998). Un reconocido investigador psiquiatra recientemente afirmaba que “la Psiquiatría ha fracasado en mejorar los niveles medios de felicidad y bienestar de la población general a pesar del ingente gasto en psicofármacos y manuales de psicoterapia” (Cloninger, 2006, p.71). Aunque el objetivo de la Psiquiatría es explícitamente el de combatir trastornos mentales, no cabe duda de que, en definitiva, promover “buenas vidas” es un formidable reto para cualquier disciplina. Autores clásicos como Freud han sido muy pesimistas al respecto como en la cita que reproducimos a continuación:

"Repetidamente he oído expresar a mis enfermos, cuando les prometía ayuda o alivio por medio de la cura catártica, la objeción siguiente: -

-Usted mismo me ha dicho que mi padecimiento depende probablemente de mi destino y circunstancias personales. ¿Cómo, no pudiendo usted cambiar nada de ello, va a curarme?

A esta objeción he podido contestar:

-No dudo que para el Destino sería más fácil que para mí curarla, pero ya se convencerá usted de que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histórica en un infortunio corriente." (Freud, 1895 p. 168).

## 2. Salud mental positiva

La salud mental es obviamente algo más que la ausencia de trastornos mentales. Como parte de un esfuerzo pionero que viene realizando el gobierno escocés en los últimos años por introducir estos conceptos en las prácticas clínicas de su país, se define la salud mental como:

*“la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y de los demás”* Scottish Executive (2005).

Aunque hay dificultades para definir el concepto de salud mental en términos positivos (al igual que la definición de cualquier otro concepto abierto), no cabe duda de que la aproximación de la denominada *salud mental positiva* tiene en cuenta aspectos que han sido relativamente descuidados en la práctica y en la investigación. Una definición de salud mental en éstos o parecidos términos supone un desafío para la idea tan extendida de que la salud mental es lo opuesto al trastorno mental. La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante, para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto va más allá de lo que un enfoque basado en el déficit puede ofrecer (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007).

Empleando conceptos tradicionales quizás pueda pensarse que la salud mental positiva se restringe al ámbito de la prevención de enfermedades y de promoción de la salud, no teniendo tanto que ver en el tratamiento y la rehabilitación. Sin embargo, creemos que no es así. Una concepción positiva de la salud es transversal a todos estos momentos de la intervención. Aunque la prevención de problemas y, sobre todo, la promoción de salud evidentemente se centran más en aspectos positivos (capacidades, hábitos saludables, recursos, etc.), nuestro modo de enfocar las intervenciones clínicas en Psicología probablemente también se transformará empleando esta nueva perspectiva. Si estar bien no es sólo dejar de estar mal, necesitaremos desarrollar y utilizar nuevas aproximaciones y estrategias para lograr ese objetivo deseable (Keyes y López, 2002; Costa y López, 2006).

### 3. Modelos psicológicos del bienestar

El objetivo de la psicología positiva ha sido dar un impulso al estudio de lo positivo, que hasta hace pocos años era muy escaso. El signo más claro que revela este abandono del estudio de lo positivo es la escasez de modelos sobre el bienestar humano.

De la misma forma, el apoyo empírico recogido por algunos modelos está aún en su fase inicial por lo que en los próximos años se deberían producir avances relevantes teóricos y prácticos relacionados con estas nuevas aproximaciones.

#### 3.1. El modelo de Jahoda

El concepto de salud mental positiva tiene su más claro antecedente en el trabajo de Maria Jahoda (1958), encargada de preparar un informe sobre el concepto de salud mental por la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mentales). De ahí surgió su imprescindible libro en el que ofrecía una propuesta de salud mental positiva derivada de su propia perspectiva y la de otros expertos participantes<sup>2</sup>.

Aunque el enfoque de Jahoda se centra en la salud mental del individuo, asume la necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y aspectos sociales, aunque su aproximación no haga desarrollos específicos en este sentido. En cualquier caso, plantea que tener una buena salud física es una condición necesaria aunque no suficiente para tener una buena salud mental.

Uno de los aspectos interesantes del modelo de Jahoda es que expuso una serie de criterios (más racionales y teóricos que derivados de investigaciones empíricas) que podrían caracterizar un estado de salud mental positiva. Estos criterios serían aplicables tanto a pacientes con trastornos mentales como a personas sanas. En definitiva, la propuesta de Jahoda intenta dar respuesta a la pregunta crítica de cuáles son los componentes de la salud mental positiva. Según esta autora existirían seis criterios fundamentales y una serie de subdominios relacionados (Tabla 1).

CRITERIOS	DIMENSIONES
1: <i>Actitudes hacía sí mismo</i>	- Accesibilidad del yo a la conciencia - Concordancia yo real-yo ideal - Sentimientos hacia uno mismo (Autoestima) - Sentido de identidad ( <i>Sense of identity</i> )

<sup>2</sup> Esta comisión tuvo una importancia capital en el desarrollo del informe *Action for Mental Health* que inspiró las reformas psiquiátricas en EE.UU. en los años 70 y en otros países occidentales en adelante (Vázquez, 1990).

<i>2: Crecimiento, desarrollo y autoactualización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación general hacia la vida</li> <li>- Implicación en la vida</li> </ul>
<i>3: Integración</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y el superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes).</li> <li>- Visión integral de la vida</li> <li>- Resistencia al estrés</li> </ul>
<i>4: Autonomía</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregulación</li> <li>- Conducta independiente</li> </ul>
<i>5: Percepción de la realidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción no distorsionada</li> <li>- Empatía o sensibilidad social</li> </ul>
<i>6: Control ambiental</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de amar</li> <li>- Adecuación en el amor, el trabajo y el juego</li> <li>- Adecuación en las relaciones interpersonales</li> <li>- Eficiencia en el manejo de demandas situacionales</li> <li>- Capacidad de adaptación y ajuste</li> <li>- Eficiencia en resolución de problemas</li> </ul>

Tabla 1. Características de la salud mental positiva según Jahoda (1958).

El interés del modelo de Jahoda radica en que hizo una propuesta detallada sobre las dimensiones o variables que cubrirían esos seis criterios. Además, planteaba la necesidad de emplear diversas estrategias medida<sup>3</sup> y, lo que fue quizás más audaz para su época, sugirió diferentes vías sobre el tipo de diseños que la investigación futura debería acometer para la validación del modelo y los pasos futuros a dar. En cualquier caso, éste fue un punto de partida que prácticamente quedó en el olvido hasta hace pocos años y, con alguna excepción (Lluch, 1999), no fue apenas motivo de investigación y desarrollo teórico.

### *3.2. La teoría de la autodeterminación*

El movimiento humanista que emergió hace medio siglo propugnaba la atención a la riqueza del ser humano, y al estudio de sus elementos positivos frente a las dos teorías reinantes en ese momento: el conductismo y el psicoanálisis. Aunque autores como Carl Rogers realizaron un importante esfuerzo para validar sus propuestas – sobre todo en el campo de la psicoterapia- muchos de los principios de su teoría de personalidad no fueron abordados desde un punto de vista empírico. Algo parecido

<sup>3</sup> Los métodos propuestos por Jahoda comprenden desde la autodescripción hasta la observación conductual e incluso ¡la descripción del sujeto por parte del psicoanalista que conozca íntimamente a la persona! e incluye procedimientos tanto transversales como longitudinales.



sucedió con las propuestas de Abraham Maslow, otro de las cabezas más visibles del movimiento y presidente de la APA en aquella época.

Desde hace algunos años un grupo de investigadores ha desarrollado un intenso programa de investigación para evaluar algunas de las propuestas que dejó el movimiento humanista. Con un sólido apoyo empírico, los autores Edward Deci y Richard Ryan han desarrollado su propia teoría basada en los principios humanistas: La teoría de la autodeterminación. Sus planteamientos se basan en una de las premisas básicas del humanismo: el bienestar es fundamentalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo (Rogers, 1963), y no tanto de la frecuencia de experiencias placenteras.

La teoría de la autodeterminación afirma -entre otros muchos enunciados- que el funcionamiento psicológico sano implica:

- (a) una adecuada satisfacción de las *necesidades psicológicas básicas* (i.e., vinculación, competencia y autonomía), y
- (b) un *sistema de metas congruente* y coherente; es decir, las metas deben ser (b1) mejor intrínsecas que extrínsecas, (b2) coherentes con los propios intereses y valores así como con las citadas necesidades psicológicas básicas, y (b3) coherentes entre sí.

Según esta teoría, las necesidades básicas de vinculación, competencia y autonomía serían los nutrientes básicos e innatos esenciales para el bienestar psicológico (Deci y Ryan, 2000). El concepto de necesidad básica, un elemento esencial en esta propuesta, fue recuperado de autores clásicos como Murray (1938), White (1959) o el propio Maslow (1943). Aunque estos autores argumentan que sólo estas tres necesidades se pueden considerar básicas, otros investigadores plantean la existencia de otras necesidades básicas, de forma adicional, como por ejemplo, la seguridad (ej.: Andersen, Chen y Carter, 2000; Maslow, 1943), o el sentido vital (ej.: Baumeister, 1991; Frankl, 1946/2004).

Al igual que las teorías cognitivas sostienen que experiencias negativas tempranas pueden tener un papel importante en el desarrollo de esquemas cognitivos disfuncionales, estos autores proponen que la experiencia temprana de privación en una o varias de estas áreas básicas puede generar la aparición de *necesidades substitutivas o motivos compensatorios* (Deci y Ryan, 2000). Entre las necesidades substitutivas más frecuentes se encontrarían, por ejemplo, el deseo de admiración o de dominación. La función de éstas sería reducir la sensación de insatisfacción generada por las carencias en la satisfacción de las necesidades básicas.

Cuando estas necesidades substitutivas son mantenidas durante cierto tiempo pueden fácilmente dar lugar a un círculo vicioso: la persona adulta puede seguir valorando en exceso las metas compensatorias (ej.: deseo de admiración, éxito económico), y obviar ciertas necesidades básicas. Y esto mantendría su sensación de insatisfacción, aumentando en consecuencia la intensidad de dichas motivaciones compensatorias. En el ámbito clínico, se pueden observar algunas de estas motivaciones compensatorias en ciertos trastornos de personalidad, como por ejemplo en los trastornos narcisistas (i.e. deseo de grandiosidad) e histriónicos (i.e. deseo de atención); y desde una perspectiva más general, se puede observar a menudo la falta de "insight" de muchos pacientes para reconocer sus necesidades básicas y trabajar por ellas (ej.: Cloninger, 2006).

Como decíamos, la diferencia esencial con las propuestas humanistas, es que un programa de investigación ha puesto a prueba las hipótesis derivadas del modelo (ver revisión en Deci y Ryan, 2000). Fruto de estas investigaciones, se ha observado que las personas que muestran una mayor satisfacción percibida en dichas necesidades básicas presentan mayores niveles de bienestar cotidianos (Reis et al., 2000). También se ha observado que, en la predicción del bienestar, es más importante la existencia de un equilibrio en la satisfacción de las necesidades que un alto nivel de satisfacción en alguna de ellas (Sheldon y Niemiec, 2006).

En cuanto al resto de hipótesis derivadas del modelo, varios estudios han mostrado que aquellas personas que presentan metas coherentes con sus intereses, valores y necesidades presentan mayores niveles de bienestar (ej.: Sheldon y Elliot, 1999), y que aquellas personas que presentan metas internamente congruentes entre sí también presentan mayores niveles de bienestar (ej.: Sheldon y Kasser, 1995).

### *3.3. Modelo del Bienestar Psicológico*

Uno de los ejemplos más significativos de investigadores interesados en el estudio del bienestar antes de la aparición de la psicología positiva es el de Carol Ryff. Esta autora, en un intento de definir la Salud Mental Positiva, repasó la investigación y las propuestas previas (Maslow, Rogers, Allport, Jung, Jahoda...etc.) para construir un modelo que incluyera los distintos aspectos de *funcionamiento humano óptimo* (Ryff, 1989, 1995; Ryff y Singer, 1998). Al igual que el anterior modelo, define el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos, es decir, no incluye la cantidad de emociones positivas o de placer como un predictor en sí mismo del funcionamiento psicológico óptimo sino más bien como una *consecuencia*.

Como exponemos brevemente en la tabla 3, el modelo de Ryff plantea seis dimensiones básicas que delimitarían el espacio de la salud mental, diferenciando a su vez lo que se entendería por un funcionamiento óptimo frente a un funcionamiento deficitario. Las dimensiones son: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, y Crecimiento personal.

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>NIVEL ÓPTIMO</b>	<b>NIVEL DEFICITARIO</b>
<b>Control ambiental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de control y competencia</li> <li>▪ Control de actividades</li> <li>▪ Saca provecho de oportunidades</li> <li>▪ Capaz de crearse o elegir contextos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentimientos de indefensión</li> <li>▪ Locus externo generalizado</li> <li>▪ Sensación de descontrol</li> </ul>
<b>Crecimiento personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de desarrollo continuo</li> <li>▪ Se ve a sí mismo en progreso</li> <li>▪ Abierto a nuevas experiencias</li> <li>▪ Capaz de apreciar mejoras personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de no aprendizaje</li> <li>▪ Sensación de no mejora</li> <li>▪ No transferir logros pasados al presente</li> </ul>
<b>Propósito en la vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos en la vida</li> <li>▪ Sensación de llevar un rumbo</li> <li>▪ Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de estar sin rumbo</li> <li>▪ Dificultades psicosociales</li> <li>▪ Funcionamiento premórbido bajo</li> </ul>
<b>Autonomía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capaz de resistir presiones sociales</li> <li>▪ Es independiente y tiene determinación</li> <li>▪ Regula su conducta desde dentro</li> <li>▪ Se autoevalúa con sus propios criterios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo nivel de asertividad</li> <li>▪ No mostrar preferencias</li> <li>▪ Actitud sumisa y complaciente</li> <li>▪ Indecisión</li> </ul>
<b>Autoaceptación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actitud positiva hacia uno mismo</li> <li>▪ Acepta aspectos positivos y negativos</li> <li>▪ Valora positivamente su pasado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfeccionismo</li> <li>▪ Más uso de criterios externos</li> </ul>
<b>Relaciones positivas con otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaciones estrechas y cálidas con otros</li> <li>▪ Le preocupa el bienestar de los demás</li> <li>▪ Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit en afecto, intimidad, empatía</li> </ul>

Tabla 2. Dimensiones propuestas en el modelo de bienestar de Carol Ryff.

Como se puede observar, tres de estas dimensiones coinciden con las necesidades básicas propuestas por la teoría de la autodeterminación (i.e., vinculación, competencia y autonomía). Aunque el concepto de necesidad básica es ligeramente distinto al concepto que propone Ryff de componente del bienestar, hasta cierto punto es posible considerar las 6 dimensiones del modelo de bienestar psicológico como una propuesta ampliada basada en seis necesidades en vez de en tres. Sin embargo, a nivel conceptual existen más diferencias entre los dos modelos. Mientras que la teoría de la autodeterminación es una teoría más amplia sobre el desarrollo, motivación y bienestar humanos en la que conciben las necesidades básicas como un peldaño previo

y necesario para el bienestar, en el modelo de Ryff las dimensiones planteadas son consideradas como índices de bienestar propiamente dichos más que predictores del bienestar.

Una de las razones por las que este modelo ha tenido un importante impacto es por las escalas de medida desarrolladas por esta autora (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995), las cuales han sido recientemente adaptadas al castellano (Blanco y Díaz, 2005; Díaz, Carvajal, Blanco et al., 2006). Un dato interesante es que el comportamiento de éste y otros instrumentos de bienestar en muestras de pacientes con diversos problemas de adaptación refleja, incidiendo en lo ya hemos discutido, que la salud mental positiva es relativamente independiente de la salud mental negativa (Keyes, 2005).

Por otra parte, es una de las propuestas sometidas a un procedimiento de validación más extenso tanto en muestras de personas normales<sup>4</sup> (MIDUS, Midlife in the US) como de muestras de pacientes con trastornos mentales. Desde este último punto de vista, los estudios de Giovanni Fava (véanse los Capítulos XX y XX en este mismo libro) son de especial relevancia pues ponen de manifiesto la conveniencia de utilizar medidas y criterios de bienestar psicológico como un criterio sustancial de cambio clínico y psicológico tras intervenciones psicoterapéuticas. Los datos de investigaciones longitudinales señalan que este bienestar no es como un rasgo sino que presenta *cambios dinámicos* que reflejan ajustes y transacciones, lo que permite utilizarlo como un indicador sensible al cambio.

La propia Carol Ryff y su equipo han aportado en la última década datos de gran interés al mostrar que estos elementos eudaimónicos, medidos con una escala desarrollada al efecto por la propia Ryff (1989), no sólo están correlacionados con el bienestar subjetivo o la satisfacción vital sino con parámetros de salud física (Ryff y Singer, 2002). Resulta además sorprendente el hallazgo de que estos elementos eudaimónicos del bienestar parecen tener relaciones más fuertes con la salud física que las medidas hedónicas. Por ejemplo, en un estudio efectuado con mujeres mayores, un mayor nivel de bienestar eudaimónico estaba asociado a menores niveles

---

<sup>4</sup> El estudio MIDUS, una muestra representativa de ciudadanos norteamericanos (n = 3032, 25–74 años) introdujo medidas eudaimónicas y hedónicas de bienestar. En este estudio se demostró que determinadas variables demográficas (edad, sexo, grupo étnico y educación) y de personalidad se asocian con ambas medidas. Un hallazgo interesante es que tener un grado elevado de bienestar eudaimónico y hedónico (lo que se denominó bienestar óptimo) se incrementa con la edad, la educación, la extraversión y la conciencia y disminuye con el neuroticismo. Por otro lado, el grupo de personas con mayor bienestar eudaimónico que hedónico (un 23% de la muestra) era un grupo de menor edad, mayor nivel educativo y mayores niveles de apertura a la experiencia. El grupo con mayor bienestar hedónico que eudaimónico (22% de la muestra) era un grupo de menor educación, era más probable que estuviesen la mitad de sus vidas o ser mayores, y tenían menores niveles de apertura a la experiencia (Keyes et al., 2002).

de cortisol en saliva diario (una medida de estrés), menores cifras de citokinas proinflamatorias (indicadores de procesos inflamatorios crónicos), menor riesgo cardiovascular, y mayor duración de sueño REM (un indicador de un buen patrón de sueño). Sin embargo, en este mismo estudio, el bienestar hedónico apenas presentaba correlaciones significativas con estos parámetros físicos (Ryff, Singer y Love, 2004). Según Ryff y su grupo, este patrón diferencial, que necesitará ser refrendado por estudios longitudinales y experimentales y con muestras amplias y representativas, puede deberse a que el bienestar eudaimónico está asociado a patrones motivacionales y conductuales de activación ante la adversidad que son protectores incluso desde el punto de vista psicofisiológico<sup>5</sup>.

### *3.4. Modelo de Bienestar de Keyes*

La también norteamericana Corey Keyes ha propuesto recientemente un modelo de dimensiones del bienestar que, si bien partiendo del modelo de Ryff, lo expande para cubrir aspectos hedónicos y, sobre todo, lo que ella denomina “bienestar social” (Keyes y Waterman, 2003). En su modelo distingue tres diferentes ámbitos para operativizar la salud mental positiva: a) Bienestar emocional (alto afecto positivo y bajo afecto negativo así como una elevada satisfacción vital), b) Bienestar subjetivo (que incorpora las 6 dimensiones propuestas en el modelo de Carol Ryff) y c) Bienestar social.

Lo que Keyes denomina bienestar social es un elemento que, aun medido desde una perspectiva psicológica subjetiva, pertenece algo menos a la esfera privada y supone incluir criterios más relacionados con el funcionamiento social y comunitario. Es decir, el nivel de bienestar social expresaría en qué medida el contexto social y cultural en que uno vive es percibido como un entorno nutriente y satisfactorio. Estos elementos se supone que no afectan sólo a la percepción de satisfacción individual sino que también sirven a la gente como criterios para juzgar el estado de salud de otras personas. Un anacoreta puede sentirse feliz y dichoso pero, por ejemplo, podría ser considerado por otros como una persona que no aporta nada al grupo o a la sociedad. Estos criterios, por lo tanto, toman en consideración a los individuos dentro del tejido social en el que se desenvuelven.

Según la autora, habría 5 diferentes dimensiones en el ámbito del bienestar social:

---

<sup>5</sup> Por ejemplo, hay patrones de activación protectores ante situaciones de estrés caracterizados por una menor depleción de catecolaminas y una supresión de respuestas pituitarias adrenocorticales (Dienstbier, 1989) – ver Ryff et al. (2004).

1. *Coherencia social*. Percibir que el mundo social tiene lógica y es coherente y predecible.
2. *Integración social*. Sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado y con elementos a compartir.
3. *Contribución social*. Percepción de que uno contribuye con algo valioso para la sociedad en general.
4. *Actualización social*. Tener la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla permitiendo además el crecimiento y la actualización personal.
5. *Aceptación social*. Tener actitudes benévolas y positivas hacia la gente. Sentir que el mundo no es un lugar hostil y cruel.

Tanto a nivel general como particular (ej.: cuando el referente es un grupo pequeño como la familia o el lugar de trabajo) estas dimensiones parecen relevantes como un elemento complementario del bienestar humano tal y como se contempla en modelos como el de Jahoda o el de Ryff. Por otro lado, los datos preliminares apoyan la validez de distinción entre estos tres tipos de bienestar (Keyes, 2005). En el bienestar emocional y en la satisfacción psicológica diversas variables sociales (ej.: relaciones sociales, ingresos, empleo, educación, estado civil, etc.) tienen algún peso explicativo pero, sin duda, otras variables psicológicas parecen más relevantes (extraversión, optimismo y percepción de control, nivel de actividad, etc.) –Keyes y Waterman, 2003. En cualquier caso, este componente social y comunitario parece de enorme importancia para poder expandir el concepto de bienestar más allá de la esfera individual. Además, podríamos preguntarnos, por ejemplo, hasta qué punto determinados estilos urbanísticos o sistemas de trabajo y producción pueden favorecer o impedir el desarrollo del bienestar social y el desarrollo de los individuos en un contexto enriquecedor. Incluso, algunos estudios recientes a nivel europeo (véase la European Social Survey de 2003; Lima y Novo, 2006) han formulado algunas cuestiones referidas al bienestar social percibido en diferentes países, siguiendo algunos de los contenidos del modelo de Keyes (ver Vázquez, 2008b). Sin duda este componente social adicional plantea importantes retos a la investigación del bienestar humano.

### 3.5. *El modelo de las tres vías*

Martin Seligman (2003) tras analizar la investigación existente sobre el bienestar así como las tradiciones filosóficas previas llegó a la conclusión de que los resultados obtenidos hasta el momento se podían resumir en tres dimensiones: la vida placentera

(*pleasant life*), que incluiría experimentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida (*engaged life*), que se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas (ej.: *flow*); y la vida significativa (*meaningful life*), que incluiría el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo (ver también Vázquez y Hervás, 2008). Sin embargo, su propuesta no está dispuesta como una teoría, ni siquiera como un modelo, sino más bien como una forma de estructurar inicialmente la investigación realizada en este campo hasta el momento y de proyectarla hacia el futuro (Duckworth, Steen y Seligman, 2005). En este sentido, se trata de una propuesta *descriptiva* pero no *prescriptiva*. En otras palabras, frente a lo que es una crítica habitual de éste y otros modelos, se intenta ofrecer un panorama integrador desde los datos empíricos existentes sin intentar indicar cuál *debe ser* el camino (o caminos) que con mayor probabilidad conducen al bienestar.

Aunque el modelo plantea que estas son vías relativamente independientes que pueden conducir a la felicidad, de un modo relativamente implícito se plantea una jerarquía entre estas diferentes plataformas. En este sentido, se da un énfasis importante en que el desarrollo de la vida comprometida y de la vida significativa pueden tener una mayor importancia que la vida placentera para la construcción del bienestar (Duckworth et al., 2005) pero estas son hipótesis aún no suficientemente contrastadas.

Este esquema está siendo usado experimentalmente por este equipo de investigación para crear distintos ejercicios destinados a elevar el bienestar en cada una de dichas áreas que serán comentados más adelante (ver Capítulo XX).

#### **4. Los límites de las intervenciones en el bienestar psicológico**

Una de las cuestiones más recurrentes que aparecen de forma recurrente cuando se analiza el bienestar psicológico es si éste puede ser modificado de un modo permanente a través de intervenciones psicológicas. Se cuestiona, por lo tanto, si aumentar el bienestar de forma efectiva y sostenible es un objetivo viable más allá de los resultados positivos asociados a la superación de un trastorno mental.

En un primer momento, tras los estudios iniciales, los resultados parecían muy claros en cuanto a la posibilidad de mejorar el bienestar de las personas, incluso con intervenciones relativamente sencillas. Sin embargo, uno de los problemas de cualquier intervención es considerar si los cambios son efectivamente duraderos, lo que constituye un asunto de un gran alcance empírico pero también teórico.

En este sentido juega un papel importante el concepto de *adaptación hedónica* (Diener, Lucas y Scollon, 2006). Según esta idea, las ganancias o pérdidas en felicidad son casi siempre temporales pues el sujeto tienden a volver, tarde o temprano, a su punto de anclaje o referencia (el denominado *set-point*). Un ejemplo típicamente utilizado por quienes defienden esta teoría es la observación de que los ganadores de lotería tienen el mismo nivel de felicidad que una muestra control un año después de haber ganado los premios (Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978). Por su parte, en otros sucesos positivos como el contraer matrimonio, sucede algo parecido ya que se vuelve en pocos años al punto de satisfacción que se gozaba en los años previos a casarse (Diener et al., 2006) –ver Figura 1. Esta vuelta al punto de anclaje original sería consecuencia de un sistema homeostático que también funcionaría cuando aparecen sucesos negativos, devolviéndonos casi siempre, en esos casos, a la normalidad tras un periodo de sufrimiento (ver Cummins y Nistico, 2002).

Hay varios argumentos a los que se apela para defender la existencia de este efecto. En primer lugar, los estudios sobre gemelos han demostrado que el bienestar tiene un componente de heredabilidad genética que establece límites o rangos de cambio. Aunque la heredabilidad se ha situado en el 80% por los autores de los estudios originales (Lyken y Tellegen, 1996), algunas correcciones de esos datos parecen situarla en un 50% (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Pero, en cualquier caso, estos datos sugieren que la capacidad de disfrute, la emocionalidad positiva, y otros elementos relacionados con el afecto positivo pueden estar limitados por elementos cuya modificación puede que no sea fácil.

En segundo lugar, algunos de los rasgos de personalidad típicamente ligados a la investigación sobre el bienestar psicológico, como la Extraversión o el Neuroticismo son relativamente estables a lo largo del tiempo (McCrae y Costa, 1990) lo que, en cierto modo, permite concluir que el bienestar psicológico es en buena parte estable (Diener y Lucas, 1999).

Por tanto, aunque la mayoría de la gente (y, por cierto, esto también incluye a los escritores de best-sellers sobre la felicidad) cree que la felicidad o el bienestar personal se puede incrementar de un modo sostenido y casi ilimitado (Sheldon y Houser-Marko, 2001) existen seguramente límites que es preciso reconocer y analizar (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005).

En todo caso, las propuestas del *set-point* y de la adaptación hedónica han hecho pensar a muchos científicos que cualquier intento dirigido a incrementar los niveles de felicidad puede estar condenado al fracaso (véase Lyubomirsky et al., 2005).



Sin embargo, estudios longitudinales recientes demuestran que este punto de anclaje no es totalmente estable. La experiencia de enviudar o de estar desempleado tienen un impacto tal que el individuo no vuelve, al menos en los años inmediatamente posteriores al suceso, al mismo punto de satisfacción en el que estaba en los años previos al suceso (Diener et al., 2006) –ver Figura 1. Por otra parte, estos mismos estudios longitudinales también muestran que aunque la estabilidad del bienestar es más habitual, hasta para un 25% o más de personas hay cambios sustanciales en el transcurso del tiempo en cuanto a su punto de anclaje de bienestar (Fujita y Diener, 2005). Por otra parte, existe evidencia de que hay cambios evolutivos significativos en el afecto positivo y negativo (ver Hernangómez, Vázquez y Hervás, 2008): las personas mayores muestran un menor afecto negativo y un mayor afecto positivo que los más jóvenes, lo que indica la existencia de posibles cambios en las emociones, sobre todo teniendo en cuenta que dichos cambios pueden deberse a cambios de actitud en las personas mayores fruto de su aprendizaje vital. Sin duda, la investigación sobre qué tipo de características personales están asociadas a esta posibilidad de cambio y qué momentos y estrategias son más propicios para el mismo, podrá permitir introducir programas más eficaces de intervención.

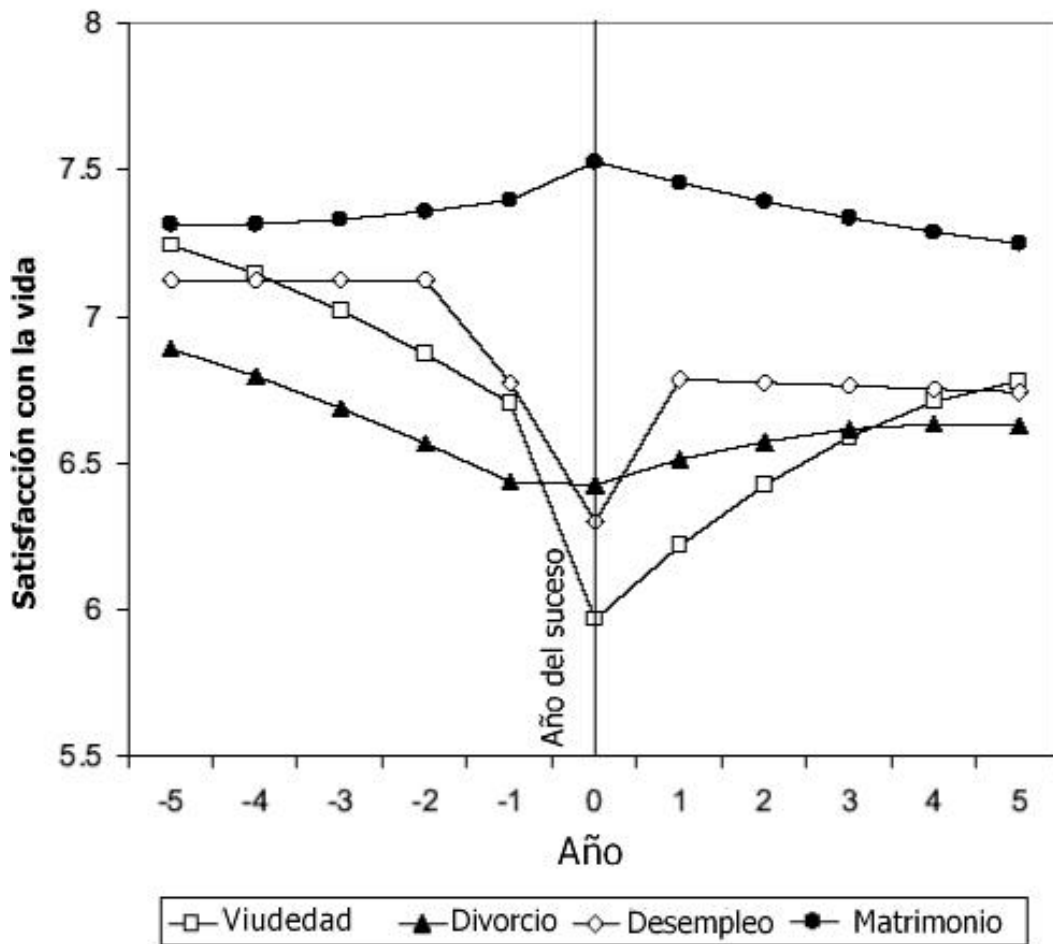


Figura 1. Cambios en satisfacción con la vida en los años anteriores y posteriores a vivir diferentes sucesos positivos y negativos (Diener et al., 2006).

Por otra parte, también es esperanzador el hecho de que haya intervenciones que mejoren de un modo sostenido el estado de ánimo y el bienestar de, por ejemplo, personas con depresión (ej.: Jacobson et al., 1996) y que, además, haya intervenciones que reduzcan la probabilidad de recaídas, lo que sugiere que probablemente haya cambios sustanciales y permanentes en el bienestar de estas personas. Asimismo hay estudios que indican que también se pueden modificar aspectos *actitudinales* y *motivacionales* ligados al bienestar (ej.: optimismo; Avia y Vázquez, 1998; Seligman, 1991; Taylor y Brown, 1988).

Por último, según la teoría de la autodeterminación, el fenómeno de la adaptación hedónica (ej.: Estudio de ganadores de lotería) podría no ser invariable sino que

aparecería asociado a experiencias placenteras no directamente relacionadas con las necesidades básicas. Por tanto, ante cambios vitales relacionados con estas áreas sí se producirían cambios estables en el bienestar (Deci y Ryan, 2000).

Todo esto permite incrementar nuestra confianza en que determinados componentes del bienestar son modificables y, eventualmente, producen cambios sostenibles. Así pues, no resulta ilusorio plantear que existe un margen notable para el crecimiento sostenible del bienestar incluso aunque reconozcamos y descontemos el papel de las variables demográficas y circunstancias generales de la vida (situación económica, sexo, nivel educativo, etc.), cuya influencia sobre el bienestar es bastante limitada (Diener et al., 1999). Este cambio es posible aunque reconozcamos igualmente el papel que pueda tener el denominado *set-point* y los mecanismos que lo mantienen. Pero, a pesar de todas estas limitaciones, se podría decir que al menos un 40% de la varianza del bienestar puede deberse a elementos modificables como, por ejemplo, actitudes, actividades intencionales y hábitos cotidianos que contribuyen a mejorar consistentemente el estado emocional (Lyubomirsky et al., 2005; Lyubomirsky, King y Diener 2005) –ver la Figura 2.

---

Insertar FIGURA 2

---

## 5. Conclusiones

La idea de la salud positiva no es un concepto trivial. El reto que plantea es convertir esa nueva mirada sobre el ser humano en una herramienta transformadora. Para ello necesitamos, entre otras cosas, perfilar mejor los atributos que subyacen en ese concepto y desarrollar medidas de calidad que permitan valorarlos. Éste es un empeño que decididamente impulsará una mirada más compleja sobre el ser humano y sus carencias.

Desde una mirada más amplia, los estándares de calidad de las intervenciones sociales, políticas, económicas y psicológicas o de cualquier otro ámbito han de transformarse para valorar si, en definitiva, consiguen hacer una sociedad con un mayor bienestar material pero también social y emocional. Conceptos como Desarrollo Humano, Capital Social, Capital Humano, Calidad de Vida, ya no nos resultan ajenos y se han incorporado a las agendas de muchas instituciones como auténticos horizontes de trabajo. Un buen ejemplo de esta nueva dirección es el del premio Nobel de

Economía, Amartya Sen, quien impulsó la idea de que el desarrollo de las naciones ha de pivotar no sólo en la reducción de la miseria y las desigualdades sino en su capacidad para “expandir capacidades” (Sen, 1999) de los gobernados. De modo que el paradigma de las competencias<sup>6</sup> ha llegado a convertirse en uno de los ejes maestros de los nuevos conceptos de desarrollo y bienestar social.

¿Cómo sabemos si nuestros hijos están mejor educados, nuestros pacientes se han recuperado más allá de mejorar de mejorar sus síntomas, o nuestras ciudades son más humanas y “vivibles”? ¿Qué es lo que convierte en “buenas vidas” nuestras vidas? Es obvio que necesitamos indicadores y conceptos que se centren justamente en esos aspectos positivos que nos interesan individual y colectivamente. Resulta sorprendente confirmar que en ámbitos como la Psicología clínica dispongamos de multitud de instrumentos para evaluar síntomas y problemas, sufrimiento y malestar, pero muy pocos para valorar las capacidades y recursos de los individuos. En parte, esa mirada alicorta se debe a que nuestros modelos conceptuales de los trastornos se basan casi exclusivamente en la llamativa presencia de lo negativo, sin comprender que una comprensión cabal de esos mismos trastornos, de la situación de la persona en su contexto, y de lo que realmente limita esa condición sólo se puede entender -y modificar- plenamente si se valoran los recursos, capacidades y fortalezas existentes (y también deseables) de las personas.

Por tanto, se hace necesario profundizar y ampliar los modelos teóricos actuales sobre el bienestar y, aún más allá, también consideramos fundamental poder diseñar y evaluar modelos explicativos complejos que sean capaces de incluir tanto elementos positivos como disfuncionales y que nos permitan analizar una situación o trayectoria vital desde ambos puntos de vista simultáneamente.

Por último, otra línea de investigación que también tiene un carácter esencial es la de crear y validar estrategias efectivas de intervención que puedan movilizar las fortalezas que ya existen en el individuo, y construir además otras nuevas que sean necesarias para sostener el bienestar de la persona.

En resumen, disponer de herramientas para comprender y explicar los procesos complejos que conducen al bienestar o al sufrimiento, poseer instrumentos y estrategias de evaluación adecuadas a dichos procesos y, por último, tener un arsenal de herramientas de intervención positivas que complementen a las actuales, serían las

---

<sup>6</sup> “Capacidad” hace referencia, en este sentido, a lo que una persona *puede* ser o hacer, al conjunto de “haceres” y “seres” o “funciones” abiertos para ella y desde donde puede elegir. Desde este terreno de juego de las capacidades es desde donde se puede juzgar la medida en que en un diseño social o institucional es justo (Qizilbash, 2006).

tres fuentes de conocimiento que creemos que permitirán en el futuro poder abordar con garantías el objetivo de construir y mantener una salud mental completa.

## REFERENCIAS

- Almedom, A.M. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Andersen, S. M., Chen, S., y Carter, C. (2001). Fundamental human needs: Making social cognition relevant. *Psychological Inquiry*, 11, 269-275.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. (Prefacio de Martin E.P. Seligman). Madrid: Alianza.
- Baumeister, R. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 582-589.
- Brickman, P., Coates, D., y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5, 71-76.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Cummins, R.A. y Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, Vol. 19 (2), 286-294.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A, Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of a hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell: Sage Foundation.
- Diener, E., Lucas, R.E., & Scollon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305-314.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Frankl, V. (1946/2004). *El hombre en busca de sentido*. Herder: Barcelona.
- Freud, S. (1895/1979) *Estudios sobre la histeria*. En: S. Freud. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fujita, F. y Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 158-164.
- Hernangómez, G., Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). El paisaje emocional a lo largo de la vida. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science and Medicine*, 65, 869-879.

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304.
- Jahoda, M. (1958). *Current concept of positive mental health*. New York : Basic Book.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539-548.
- Keyes, C. L. M. y López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Londres: Oxford University Press.
- Keyes, C.L.M. y Waterman, M.B. (2003). Dimensions of Well-Being and Mental Health In Adulthood. En M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, y K. Moore (eds.), *Well-Being: Positive Development Throughout the Life Course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lima, M.L. y Novo, R. (2006). So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science, 5*, 5-33.
- Lluch, M.T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Lykken, D., y Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science, 7*, 186–189.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803–855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111–131.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*, 370–396. McCrae y Costa, 1990
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Orley y Saxena, 1998
- Qizilbash, M (2006). Capability, Happiness and Adaptation in Sen and J.S. Mill, *Utilitas* 18(1): 20-32.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., y Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 419–435.
- Rogers, C. R. (1963). Actualizing tendency in relation to "motives" and to "consciousness". *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*, 99-104.
- Ryff, C. D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Ryff, C. D. y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry, 9*, 1-28.
- Ryff , C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B, 359*, 1383-1394.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (2002). From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (eds.),

- Handbook of positive psychology*, pp. 541–555. New York: Oxford University Press.
- Scottish Executive (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing Mental Health Inequalities in Scotland*. Edinburgo: Scottish Development Centre for Mental Health.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. Sydney: Random House Australia. (Trad. esp. en Ed. Atlántida, 1991).
- Seligman, M.E.P. (1998). Prólogo. En M.D. Avia y C. Vázquez (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sen, A. (1990) Development as Capability Expansion. En K. Griffin y J. Knight (eds.), *Human Development and the International Development Strategy for the 1990s*. New York: Macmillan.
- Sheldon, K. M. y Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 546–557.
- Sheldon, K. M., y Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal-attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 152– 165.
- Sheldon, K. M., y Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531–543.
- Sheldon, K.M. y Niemiec, C.P. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 331-3441.
- Taylor, S. E. y Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp. 449-472). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (2008a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2008b). El bienestar de las naciones. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.). (2008). *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297–333.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, November 1986, Geneva: WHO.
- World Health Organization (1948) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. En Official records of the World Health Organization, nº 2, p. 100. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group) (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International journal of mental health*, 23 (3), 24-56.