

La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión

Darío Díaz, Amalio Blanco, Javier Horcajo y Carmen Valle
Universidad Autónoma de Madrid

La definición de *salud* propuesta por la OMS señala que ésta no consiste sólo en la ausencia de enfermedad, sino también en la presencia de un estado de completo bienestar físico, mental y social. Para concretar en qué consiste este estado positivo, el Modelo del Estado Completo de Salud (MECS) ha definido la salud mental como un conjunto de síntomas de *hedonía* y *funcionamiento positivo*, operativizado por medidas de bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social. Este modelo ha demostrado la existencia de dos nuevos axiomas. Primero: más que formar una única dimensión bipolar, la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí. Segundo: la presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo. En la presente investigación se ha aplicado el MECS al estudio de la depresión. Los análisis factoriales realizados parecen señalar que el primer axioma de este modelo no se cumple en su aplicación a este trastorno. De hecho, el modelo que defiende que la depresión y la salud constituyen los dos polos de una única dimensión continua ha mostrado un ajuste excelente a los datos.

Depression and the Complete State Model of Health. Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. In order to specify the contents of this positive state, the Complete State Model of Health (CSMH) considers mental health as a series of symptoms of *hedonia* and *positive functioning*, operationalized by measures of subjective, psychological, and social well-being. This model has empirically confirmed two new axioms: (a) rather than forming a single bipolar dimension, health and illness are correlated unipolar dimensions, and (b) the presence of mental health implies positive personal and social functioning. In the present article, we have taken the CSMH as the theoretical framework for the study of depression. Confirmatory factor analyses did not support the first axiom. In fact, the model that posits that measures of mental illness and health form a single bipolar dimension provided the best fit to the data.

Durante los últimos años, diferentes autores han señalado que la psicología clínica se ha ido transformando progresivamente en una psicología «patológica», en una psicología dedicada, prácticamente en exclusividad, al estudio de la patología (e.g. Maddux, 2002). La aceptación acrítica del modelo médico, la explicación orgánica de los trastornos mentales con una clara hegemonía psiquiátrica, y la adopción de un lenguaje médico son, según Albee (2000), algunas de las razones que han provocado esta identificación entre psicología clínica y patología. De hecho, Barone, Maddux y Zinder (1997) señalan la existencia de un supuesto ampliamente compartido entre los profesionales que emplean este modelo, el de que los problemas psicológicos son análogos a las enfermedades: unos y otros proceden del interior del individuo. Es el lenguaje de la «ideología de la enfermedad» que ha acabado por dominar las diversas ediciones del DSM (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Maddux, 2002). Tras esta ideología hay un sujeto

encasillado dentro de los estrechos límites de un organismo individual que nos permite la paradoja de poder prescindir de todo lo que acontece a su alrededor a la hora de analizar las diversas manifestaciones de su salud; un sujeto suspendido en el vacío social insensible a lo que acontece en el mundo que lo rodea. Se trata, pues, de un lenguaje coherentemente aplicado a un falaz modelo de sujeto que se muestra deudor de una «psiquiatría biológica» (Pérez, 2003) que sigue definiendo la salud mental como ausencia de enfermedad: «La concepción *de facto* de la salud mental es psiquiátrica: las personas están mentalmente sanas o mentalmente enfermas», ha sentenciado recientemente, de manera resumida y acertada, Corey Keyes (2005, p. 543). Todo ello a pesar de la clara y decidida apuesta que hizo la OMS en su momento al relacionar sin ambages la salud con un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo con la ausencia de enfermedad. La apuesta es impecable, goza de una aceptación generalizada, y ha acabado por erigirse en el santo y seña de todas las políticas de salud pública elaboradas por este organismo internacional, pero a duras penas ha sido capaz de impregnar el mundo de la teoría y de la investigación científica. Se trata de una paradoja muy digna de ser estudiada y respecto a la que tan sólo podemos aventurar dos hipótesis. La primera, ya señalada en párrafos anteriores, tiene como marco de referencia el recalcitrante y misterioso apego a un

modelo de sujeto inexistente, el de una persona suspendida en el vacío social, cultural, ambiental, económico, etc., en cuyo interior se encuentran todas las claves de su salud y/o su enfermedad. La segunda tiene menos misterio ya que nos remite a la hipótesis más conocida de la sociología de la ciencia (Merton, 1985): la inevitable presencia de «factores existenciales», ajenos al devenir propiamente científico, que definen la producción del conocimiento y la adopción de determinados paradigmas: factores económicos, relaciones de producción, intereses y presiones de grupo, mentalidades, etc. De todos ellos andan sobrados los representantes de la «ideología de la enfermedad». Ha existido, sin embargo, una interesante excepción que ha defendido una concepción de la estructura de la salud mental como algo distinto a la ausencia de enfermedad, el eje V del DSM. La introducción de este eje, así como de la escala «Global Assessment of Functioning» (GAF) para su medición (Endicott, Spitzer, Fleiss, y Cohen, 1976), ha supuesto un importante intento de acercarse a las tesis defendidas por la OMS. Sin embargo, el eje V apenas ha sido utilizado por los profesionales (Frazee, Chicota, Templer, y Arikawa, 2003), entre otras razones por la escasa fiabilidad y validez de la escala GAF (Goldman, Skodol, y Lave, 1992; Roy-Byrne, Dagadakis, Unutzer, y Ries, 1996). Aparte de esta propuesta, y como consecuencia de la concepción de salud manejada por la Psicología, «apenas existen instrumentos estandarizados para medir, diagnosticar y estudiar la presencia de salud mental» (Keyes, 2005, p. 539). Para intentar paliar esta carencia, y como una primera aportación, en este artículo se introducirán diferentes escalas de bienestar que, siguiendo las directrices de la OMS, serán utilizadas como medidas de los síntomas de salud mental.

El modelo del Estado Completo de Salud

Como ya hemos señalado, la definición de salud propuesta por la OMS indica que ésta no sólo se trata de un estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, sino por la presencia de «algo positivo» (Ryff y Singer, 1998; OMS, 1948). Para concretar en qué consiste este estado positivo, Keyes (2005, p. 540) ha definido la salud mental como un «conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo operativizado por medidas de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento)».

Partiendo de estas consideraciones, y teniendo en cuenta la investigación llevada a cabo en los últimos cuarenta años sobre el bienestar, Corey Keyes ha propuesto un nuevo modelo para el estudio de la salud, el Modelo del Estado Completo de Salud (Complete State Model of Health), compuesto por un total de 13 síntomas (medidas) de salud mental (Keyes, 2005). Los análisis factoriales realizados sobre estas medidas replican las estructuras previamente propuestas sobre el bienestar, que señalan la existencia de dos factores: bienestar hedónico (hedonía) y bienestar eudaimónico (funcionamiento positivo) (Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002).

El modelo de Keyes se sostiene sobre dos novedosos axiomas centrales. El primero de ellos viene a defender que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí más que dos polos de una única dimensión bipolar. Por tanto, la ausencia del trastorno no garantiza la presencia de salud, y viceversa. En segundo lugar, la presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo (e.g. metas claras en la vida, alta resiliencia, relaciones positivas e íntimas con

otras personas, sentimiento de pertenencia, confianza en la sociedad y en sus instituciones, etc.).

Para comprobar empíricamente estos dos axiomas, Keyes (2005) llevó a cabo un interesante estudio en el que demostró mediante análisis factorial confirmatorio que las medidas de salud mental (bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social) y las medidas de enfermedad mental (episodio depresivo mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, y dependencia del alcohol) constituyen dos dimensiones unipolares diferentes aunque correlacionadas. Además, las personas completamente saludables mostraron metas más claras, una mayor resiliencia, mayor intimidad en sus relaciones sociales, y faltaron menos al trabajo, lo cual supone la principal evidencia empírica para la defensa del segundo axioma.

El Modelo del Estado Completo de Salud puede aplicarse, según su propio autor, a la mayor parte de los trastornos mentales más comunes (Keyes, 2005), pero al intentar mostrar una visión general de la relación salud-enfermedad no realiza un análisis individualizado de cada uno de ellos. De hecho, la aplicación del axioma que defiende la bidimensionalidad salud-enfermedad al estudio de uno de los trastornos epidemiológicamente más prevalentes, la depresión, resulta más discutible.

Existen diferentes razones que avalarían esta excepción. En primer lugar, distintos estudios señalan que la ausencia o presencia de depresión mayor está fuertemente relacionada con el funcionamiento positivo (e.g. Sartorius, 2001), que es el segundo gran bloque de síntomas de salud mental, como muestra la tabla 1. En segundo lugar, la anhedonía es uno de los síntomas centrales para el diagnóstico de los episodios depresivos mayores, siendo su opuesto, la hedonía, el primer gran bloque de síntomas de salud mental. En tercer lugar, aunque el afecto positivo y el afecto negativo forman dos factores distintos, la mayor parte de los estudios señalan una correlación entre ellos que se acerca a 0,70 e incluso superior

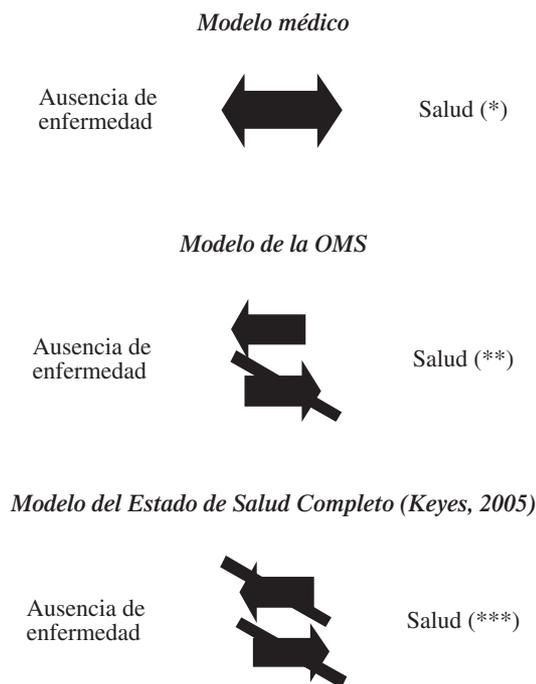


Figura 1. Diferentes propuestas sobre la relación entre la salud y la ausencia de enfermedad

(Diener, Smith, y Fujita, 1995; Cacciopo, Gardner y Berntson, 1999; Díaz et al., 2006). De hecho, sólo cuando el marco temporal de referencia es relativamente amplio; es decir, cuando trascurre bastante tiempo entre el suceso por el que se pregunta y su medición, existen evidencias considerables de su separación.

A partir de estas consideraciones, y dado el carácter novedoso de la más que interesante propuesta de Keyes, en este trabajo pretendemos indagar en qué medida se cumpliría el primer axioma propuesto por el Modelo del Estado Completo de la Salud en el caso de la depresión. Por las razones señaladas anteriormente, nuestra hipótesis podría concretarse en los siguientes términos: la depresión y la salud constituyen los dos polos de una única dimensión continua.

Método

Participantes y procedimiento

En este estudio participaron voluntariamente, y sin recibir ninguna gratificación, 302 personas con edades comprendidas entre 18 y 72 años. La muestra estuvo compuesta por 168 hombres y 134 mujeres. La edad media de los participantes fue de 33 años ($DT=13$). El estudio fue presentado como una investigación sobre la importancia de diversos rasgos de personalidad, creencias y actitudes a la hora de evaluar globalmente la salud. Para bloquear el posible efecto del orden de presentación de los dos grupos de escalas, la mitad de los participantes recibió un cuadernillo que en primer lugar contenía la escala autoaplicada de depresión de Zung, y posteriormente, y en este orden, las Escalas de Bienestar Social, las Escalas de Bienestar Psicológico, la Escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Afecto Positivo. La otra mitad recibió un cuadernillo que en primer lugar contenía las Escalas de Bienestar Social, las Escalas de Bienestar Psicológico, la Escala de Satisfacción con la Vida y la escala de Afecto Positivo, y posteriormente

la escala de depresión de Zung. Los participantes completaron estos cuadernillos sin límite de tiempo.

Medidas

Depresión. Se empleó la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (1965). Esta escala ha sido traducida y validada al castellano por Conde, Escribá e Izquierdo (1970), y está compuesta por 20 ítems que incluyen afirmaciones como «tengo esperanza en el futuro», o «todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba». La escala ha mostrado en diferentes estudios una excelente fiabilidad con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,79 y 0,92 (Vázquez y Jiménez, 2000; Conde y Esteban, 1975). Respecto a su validez, los índices de correlación con otras escalas (Escala de Depresión de Hamilton, Inventario de Depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80 (Hamilton y Shapiro, 1990; Steiz, 1970; Vázquez y Jiménez, 2000; Conde y Esteban, 1975). Los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (nunca o muy pocas veces) y 4 (la mayoría del tiempo o siempre). En nuestro estudio la escala mostró una buena consistencia interna ($\alpha=0,85$).

Salud mental. Como parte de un cuestionario autoaplicado, los participantes respondieron a la Escala de Afecto Positivo (Keyes et al., 2002; Blanco y Díaz, 2006) indicando cuánto tiempo, durante los últimos 30 días, habían experimentado los seis siguientes síntomas: alegría, buen humor, extrema felicidad, tranquilidad y calma, satisfacción, y plenitud vital. Los participantes contestaron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (ningún tiempo) y 5 (todo el tiempo). El α de Cronbach de la Escala de Afecto Positivo fue 0,81.

Para medir la satisfacción con la vida se empleó la escala propuesta por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Esta escala, compuesta por cinco ítems, muestra unas excelentes propiedades

Tabla 1
Categorías diagnósticas de salud mental (Keyes, 2005)

Criterio diagnóstico	Descripción de los síntomas
<i>Hedonía:</i> se requiere un nivel alto en, al menos, una de las escalas de síntomas (síntomas 1 o 2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentirse habitualmente contento, feliz, tranquilo, satisfecho, y lleno de vida (afecto positivo durante los últimos 30 días). 2. Sentirse satisfecho con la vida en general o con la mayor parte de sus ámbitos: trabajo, familia, amigos... (satisfacción con la vida).
<i>Funcionamiento positivo:</i> se requiere un nivel alto en seis o más de las escalas de síntomas (síntomas 3-13)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tener actitudes positivas hacia uno mismo y admitirse y aceptarse tal y como uno es (autoaceptación). 4. Tener actitudes positivas hacia las otras personas conociendo y aceptando su diversidad y complejidad (aceptación social). 5. Ser capaz de desarrollar el propio potencial, tener sensación de desarrollo personal, y estar abierto a experiencias que supongan un reto (crecimiento personal). 6. Creer que la gente, los grupos sociales, y la sociedad tienen un potencial de crecimiento y que evolucionan o crecen positivamente (actualización social). 7. Proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos (propósito en la vida). 8. Sentir que la vida de uno mismo es útil a la sociedad y que los resultados de nuestras actividades son valorados por otras personas (contribución social). 9. Tener capacidad para manejar entornos complejos, así como para elegir aquellos que puedan satisfacer necesidades (dominio del entorno). 10. Estar interesado en la sociedad y en la vida social; sentir que la sociedad y la cultura son inteligibles, lógicas, predecibles, y con sentido (coherencia social). 11. Tener opiniones propias y ser capaz de resistir la presión social (autonomía). 12. Tener relaciones afectivas francas y satisfactorias con otras personas, así como ser capaz de desarrollar empatía e intimar (relaciones positivas con otras personas). 13. Poseer un sentido de pertenencia a una sociedad que mejore nuestra calidad de vida y tener el sentimiento de que nos acoge y ofrece un cierto grado de protección (integración social).

psicométricas y fue validada en una muestra de adolescentes por parte de Atienza y colaboradores (2000), y más tarde con una muestra de mujeres embarazadas y puérperas (Cabañero et al., 2004). En nuestro estudio, la escala ofreció una buena consistencia interna ($\alpha = 0,85$). Los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo).

Los participantes respondieron también a la versión propuesta por Díaz et al. (en prensa) de las Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a). El instrumento cuenta con un total de seis escalas para la medición de otros tantos síntomas (autonomía, autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal). Este instrumento posee un total de 33 ítems (4 a 6 ítems por escala) a los que los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). La validez factorial de este instrumento ha sido comprobada en diferentes estudios (e.g. Díaz et al., 2006; Van Dieren-donck, 2004). Todas las escalas mostraron una buena consistencia interna con valores α comprendidos entre 0,84 y 0,69.

Finalmente, los participantes contestaron a las Escalas de Bienestar Social de Keyes (1998), recientemente validadas y traducidas al castellano (Blanco y Díaz, 2005). Este instrumento está compuesto por cinco escalas empleadas para medir otros tantos síntomas de salud (integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social). Las escalas han mostrado en diferentes estudios una buena consistencia interna con valores α de Crombach comprendidos entre 0,83 y 0,69, y la estructura propuesta de cinco dimensiones ha sido comprobada mediante análisis factorial confirmatorio (Keyes, 1998; Blanco y Díaz, 2004). Los participantes respondieron a los ítems utilizando un formato de respuesta de categorías ordenadas con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). En nuestro estudio las escalas mostraron una fiabilidad similar, con valores α de Crombach comprendidos entre 0,81 y 0,65.

Resultados

En la tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de las diferentes escalas empleadas en este estudio.

Como podemos observar en la tabla 3, todas las correlaciones de Pearson entre la depresión y las diferentes escalas de salud resultaron fuertemente significativas (todas $p \leq 0,001$), siendo el afecto positivo, como era de esperar dado que la incapacidad para experimentar emociones positivas y placenteras es uno de los criterios diagnósticos de la depresión, el síntoma de salud que mostró la relación más estrecha con la depresión ($r = -0,68$; $p < 0,001$). Las escalas de autoaceptación y dominio del entorno también mostraron una fuerte relación inversa con la depresión ($r = -0,67$; $p < 0,001$). Estos resultados resultan coherentes con las investigaciones que han encontrado que la depresión afecta fuertemente a las evaluaciones que las personas realizan sobre sí mismas (e.g. Berndt, Kaiser, y Van Aalst, 1982; Gara, Woolfolk, y Allen, 2002), así como a la capacidad de manejar el entorno para satisfacer las propias necesidades (Fava y Ruini, 2002).

En primer lugar y para estudiar la dimensionalidad de los datos obtenidos en el estudio se realizó un *Parallel* Análisis. En el primer paso del análisis se generaron 50 conjuntos de datos aleatorios

de las mismas dimensiones que la muestra de este estudio. Es decir, se generaron 50 conjuntos de datos con el mismo número de observaciones ($n = 302$) y variables (14). Para asegurar además la consistencia y que las variables aleatorias se distribuyeran normalmente con los mismos parámetros que los datos reales, se fijó para cada variable aleatoria cuál era el máximo valor que podía adoptar (que coincidía, lógicamente, con el máximo valor de la variable real), así como el punto medio de la escala que se había empleado para su medición. Para generar estos 50 conjuntos de datos se empleó una adaptación de la sintaxis de SPSS propuesta por Thompson y Daniel (1992) que fue ejecutada con el programa SPSS 12.0.

En el segundo paso del análisis cada uno de los conjuntos de datos generados aleatoriamente se sometió a un análisis de componentes principales para extraer los autovalores. En el tercer paso se calculó la media de cada uno de los autovalores de los 50 conjuntos de datos generados. Sin embargo, y dado que como se

Tabla 2
Estadísticos descriptivos

	Media	Mínimo	Máximo	D. T.
Afecto positivo	3,35	1,33	5,00	,60
Satisfacción	3,36	1,00	5,00	,72
Autoaceptación	4,33	1,67	6,00	,86
Aceptación social	4,08	1,00	7,00	1,15
Crecimiento personal	4,58	2,57	6,00	,64
Actualización social	5,02	1,60	7,00	1,02
Propósito en la vida	4,51	1,17	6,00	,80
Contribución social	5,21	2,20	7,00	1,07
Dominio del entorno	4,34	2,17	5,83	,71
Coherencia social	4,59	1,50	7,00	1,15
Autonomía	4,24	2,25	6,00	,74
Relaciones positivas	4,57	1,83	6,00	,87
Integración social	4,95	2,40	6,80	,82
Escala de Depresión de Zung	2,23	1,55	3,15	,31

Tabla 3
Correlaciones de la depresión con los síntomas de salud

	Escala de Depresión de Zung
Afecto positivo	-,68
Satisfacción	-,51
Autoaceptación	-,67
Aceptación social	-,29
Crecimiento personal	-,35
Actualización social	-,40
Propósito en la vida	-,60
Contribución social	-,30
Dominio del entorno	-,67
Coherencia social	-,36
Autonomía	-,40
Relaciones positivas	-,48
Integración social	-,29
Todas las correlaciones $p < 0,001$	

ñalan algunos autores emplear la media de los autovalores es análogo a establecer el error Tipo I (α) en 0,50 (e.g. Glorfeld, 1995), lo cual equivale a una cierta tendencia a la sobreextracción, también se calculó el percentil 95, una estrategia más conservadora que resulta similar a establecer un $\alpha=0,05$, y que ha sido recomendada por autores como Glorfeld (1995) o Harshman y Reddon (1983). Todos estos resultados pueden observarse en la tabla 4.

tinua, y siguiendo la metodología empleada por Keyes para comprobar los axiomas del Modelo del Estado Completo de Salud (2005), se realizó un análisis factorial confirmatorio (método de estimación: máxima verosimilitud) empleando el programa AMOS 5.0. Se plantearon tres modelos teóricos diferentes.

El modelo 1 defiende la existencia de dos dimensiones diferentes aunque relacionadas, y propone la existencia de dos factores correlacionados denominados *salud* y *depresión*. En el factor sa-

	Muestra actual		Grupos de datos generados aleatoriamente			
	Autovalores	Media de los autovalores	Percentil 95 de los autovalores	D.T. de los autovalores	Valores máximos	Valores mínimos
Componente 1	6,578	1,387	1,459	,042	1,47	1,30
Componente 2	1,724	1,297	1,346	,026	1,35	1,25
Componente 3	1,048	1,237	1,285	,027	1,29	1,19
Componente 4	,914	1,183	1,225	,024	1,23	1,14
Componente 5	,708	1,130	1,178	,025	1,18	1,09
Componente 6	,629	1,072	1,115	,023	1,12	1,03
Componente 7	,597	1,029	1,072	,023	1,08	,98
Componente 8	,513	,985	1,014	,019	1,03	,95
Componente 9	,479	,939	,980	,019	,98	,89
Componente 10	,424	,903	,935	,019	,95	,85
Componente 11	,390	,862	,893	,019	,90	,81
Componente 12	,320	,819	,855	,020	,86	,78
Componente 13	,280	,775	,824	,024	,83	,73
Componente 14	,204	,724	,772	,030	,77	,67
Componente 15	,193	,660	,710	,033	,74	,60

Finalmente, se realizó un análisis de componentes principales de los datos reales de nuestro estudio para extraer los autovalores, y en el paso 4 se compararon estos autovalores con los generados aleatoriamente. Tal y como muestra la tabla 4, únicamente los dos primeros factores presentaron en los datos reales autovalores mayores que en los datos generados aleatoriamente, por lo que fueron retenidos. Además, los resultados fueron los mismos empleando cualquiera de los criterios de selección: media o percentil 95.

Siguiendo, por tanto, el criterio fijado por el *Parallel* Análisis para el número de factores a extraer, se realizó un análisis factorial exploratorio (método de estimación: máxima verosimilitud; método de extracción: análisis de componentes principales; método de rotación: oblimin directo). Se obtuvo un primer factor dominante que explicó un 43,90% de la varianza, y un segundo factor que explicó el 11,50%.

Tal y como se puede observar en la tabla 5, todas las escalas de bienestar (a excepción de la escala de aceptación social) y la escala de depresión, mostraron mayores saturaciones en el primer factor. De hecho sólo la escala de aceptación social mostró una saturación mayor de 0,50 en el segundo factor. Parece, por tanto, que lejos de reproducir la existencia de dos factores (salud y depresión), el análisis factorial confirmatorio deja intuir levemente la existencia dentro de las escalas de bienestar de dos dimensiones diferentes.

Para analizar con mayor detalle nuestra hipótesis de que la depresión y la salud son los dos polos de una única dimensión con-

Escalas	Componentes ^b	
	1	2
Depresión	-,791	
Integración social	,623	
Aceptación social		,618
Contribución social	,529	
Actualización social	,586	
Coherencia social	,527	
Autonomía	,527	
Autoaceptación	,836	
Relac. positivas	,658	
Dominio del entorno	,829	
Propósito en la vida	,802	
Crecimiento personal	,575	
Afecto positivo	,728	
Satisfacción	,670	

^a Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de estimación: máxima verosimilitud. Método de rotación: oblimin directo. Se muestran sólo las cargas factoriales mayores de 0.50
^b La correlación entre los factores fue de 0,40

lud saturarían las escalas para medir los diferentes síntomas de bienestar, y en el segundo, la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Este modelo coincide con el primer axioma del Modelo del Estado Completo de Salud.

El segundo modelo, muy similar al anterior, postula una estructura de dos dimensiones, denominadas *salud* y *depresión*, no relacionadas. Propone, por tanto, la existencia de dos factores ortogonales, saturando los síntomas de bienestar en el factor salud, y la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung en el factor depresión.

Finalmente, es el modelo 3 el que sustenta nuestra hipótesis al proponer la presencia de un único factor en el cual saturarían tanto las escalas para medir los diferentes síntomas de bienestar, como la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung.

Como muestra la tabla 6, la bondad de ajuste de los diferentes modelos teóricos se midió empleando tanto índices absolutos como relativos, tal y como recomiendan autores como Hu y Bentler (1999). Se utilizaron concretamente los siguientes indicadores: Chi cuadrado (χ^2), Comparative Fit Index (CFI), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR) y RMSEA. Cuanto menores son los valores del χ^2 y RMSEA, y mayores los del CFI y NNFI, mejor es el ajuste del modelo a los datos.

El modelo 1 mostró un ajuste a los datos escasamente satisfactorio. Como regla general, se puede señalar que valores del CFI mayores o iguales a 0,95, valores menores de 0,08 en el SRMR, y de 0,060 en el RMSEA, indican un ajuste relativamente bueno del modelo a los datos. Este modelo únicamente cumplió los criterios de ajuste del indicador SRMR. Por su parte, el modelo 2 mostró un ajuste a los datos claramente insatisfactorio. Todos los indicadores de ajuste estuvieron muy lejos de los niveles aceptables. La correlación estimada entre ambos factores (salud y depresión) fue de 0,90). Finalmente, el modelo 3 presentó un ajuste a los datos excelente, con valores CFI 0,95, valores SRMR <0,08, y valores RMSEA <0,06, como puede comprobarse en la tabla 4.

Para analizar con mayor detalle si las diferencias de ajuste entre los modelos propuestos resultaba significativa se realizó un contraste χ^2 del modelo 3 frente a los modelos 2 y 1. El contraste χ^2 del modelo 3 frente al modelo 2 confirmó que el modelo 3 se ajustaba significativamente mejor que el modelo 2 (879,11 - 431,14 = 447,97, con 275-255 grados de libertad, $p < 0,001$). Finalmente, y de acuerdo con nuestra hipótesis, el modelo 3 mostró, de manera significativa, un mejor ajuste a los datos que el modelo 1 (Modelo del Estado Completo de Salud), dado que el contraste χ^2 del modelo 3 frente al 1 fue 616,94 - 431,14 = 185,80 con 274 - 255 = 19 grados de libertad ($p < 0,001$).

Por tanto, el modelo 3, que se corresponde con nuestra hipótesis de que la depresión y la salud saturan en un único factor, fue el que mejor se ajustó a los datos, presentando además muy buenos valores en los indicadores de ajuste tanto absolutos como relativos.

Discusión y conclusiones

Existen diferentes propuestas sobre la relación existente entre la salud mental y la ausencia de enfermedad mental. Como muestra la figura 1, frente a la definición propuesta por el modelo médico (*), que concibe implícitamente la ausencia de enfermedad como una condición necesaria y suficiente para la presencia de salud, la OMS propone que la salud es un estado de completo bienestar no sólo consistente en la mera ausencia de enfermedad (**). El Modelo del Estado Completo de Salud (Keyes, 2005) da un paso más en la separación conceptual de la salud y la enfermedad, y propone que la enfermedad y la salud mental son dos dimensiones unipolares diferentes aunque relacionadas (***). Este axioma, que choca con la concepción actual existente *de facto* en la mayor parte de disciplinas científicas sobre la relación salud-enfermedad, tiene importantes consecuencias: si la salud y la enfermedad se consideran dimensiones diferentes, la ausencia de enfermedad no debería ser considerada como una condición necesaria para la presencia de salud definida como un estado de bienestar físico, mental y social (OMS, 1948).

Este axioma general necesita ser analizado para cada uno de los trastornos mentales. En el presente trabajo lo hemos hecho en el marco de uno de los trastornos epidemiológicamente más prevalentes, el de la depresión. Mediante análisis factorial confirmatorio el presente trabajo ha encontrado que el axioma de la bidimensionalidad de la salud y la enfermedad mental parece no cumplirse en su aplicación al trastorno depresivo. Frente a la propuesta realizada por Keyes (2005), este trabajo ha considerado que la depresión y la salud se constituyen en los dos polos de una dimensión continua. Los análisis factoriales realizados parecen confirmar nuestra hipótesis. En primer lugar, los análisis factoriales exploratorios señalan la existencia de un factor dominante que explica, por tanto, la mayor parte de la varianza, y en el que saturan la mayor parte de escalas de bienestar y la escala de depresión. De hecho, únicamente la escala de aceptación social satura en mayor medida en el segundo factor. Además, este segundo factor no parece estar relacionado con nuestra hipótesis, dado que no reproduce la existencia de dos factores (salud y depresión), sino más bien deja intuir la existencia dentro de las escalas de bienestar de dos factores denominados *bienestar general* y *actualización*, resultado que ya ha sido encontrado en algunas investigaciones (e.g. Compton, 1998). En segundo lugar, los análisis factoriales confirmatorios han mostrado que el modelo 3, que defiende la existencia de un continuo unidimensional salud-depresión, se ha ajustado a los datos significativamente mejor que los otros dos modelos, que defienden la existencia de dos factores correlacionados (Modelo del Estado Completo de Salud) y no correlacionados. Además la correlación estimada de los dos factores propuestos en el modelo 1 fue de 0,90, lo que parece sugerir la existencia de un único factor.

Tabla 6
Análisis factorial confirmatorio (método de estimación: máxima verosimilitud)

Modelo	χ^2	df	CFI	SRMR	RMSEA
1. Dos factores: salud y depresión correlacionados (Modelo del Estado Completo de Salud)	616,94	274	0,89	0,06	0,06
2. Dos factores: salud y depresión ortogonales	879,11	275	0,82	0,21	0,09
3. Un único factor salud-depresión (Hipótesis continuo salud-enfermedad)	431,14	255	0,95	0,05	0,05
All χ^2 : $P < 0,001$					

Finalmente, el modelo 3 ha sido el único que ha mostrado valores satisfactorios en los indicadores de ajuste.

Además de los resultados obtenidos en los análisis factoriales, hay otras evidencias que confirman nuestra hipótesis. Según el modelo propuesto por Corey Keyes, existen dos grandes bloques de síntomas de salud mental (véase tabla 1). El primero se corresponde con la hedonía, y engloba tanto el afecto positivo como la satisfacción con la vida. Sin embargo, la anhedonia o incapacidad de disfrutar de actividades usualmente placenteras es uno de los síntomas diagnósticos centrales de los episodios depresivos. Consecuentemente, la depresión ha mostrado unas correlaciones inversas fuertemente significativas con el afecto positivo ($B = -.68$, $p < .001$), siendo la cuantía de esta correlación la más alta de todas las relaciones entre la depresión y los síntomas de salud. Por otra parte, el segundo criterio diagnóstico de salud es el funcionamiento positivo, que recoge, como muestra la tabla 3, los síntomas 3 al 13. Como muestran diferentes estudios, la depresión está fuertemente relacionada, de manera inversa, con el funcionamiento positivo (e.g. Sartorius, 2001). De hecho, todas las escalas empleadas para medir los síntomas pertenecientes al criterio «funcionamiento positivo» presentaron relaciones significativas con la depresión, destacando, por la fortaleza de su relación, la autoaceptación, el dominio del entorno, y el propósito en la vida (Todas $B \geq .60$; $p < .001$).

A pesar de que los resultados obtenidos en este estudio señalan que, en el caso concreto de la depresión, parece que no se cumple el primer axioma del Modelo del Estado Completo de Salud, debemos volver a llamar la atención sobre la falacia que entraña esa generalizada idea de que la ausencia de enfermedad mental equivale a la presencia de salud, pues no debemos olvidar que nos movemos en un continuo. De hecho, la utilización de categorías diagnósticas es sin duda uno de los factores más relevantes para el mantenimiento de esta errónea asunción. Como ha señalado Bruner, el uso de categorías ha sido predominante en las llamadas «culturas científicas occidentales» durante las tres últimas décadas. A ella subyace a un tipo de pensamiento paradigmático que «emplea categorizaciones y conceptualizaciones y articula las operaciones mediante las cuales las categorías son establecidas [...] y relacionadas con otras para formar un sistema» (Bruner, 1986, p. 62). Como cualquier sistema de clasificación, el método categorial posee ventajas e inconvenientes. Entre las primeras cabe destacar su tarea facilitadora de la comunicación al crear un lenguaje común entre los diferentes profesionales de la salud e investigadores. Por esta razón la tabla 1 presenta un diagnóstico categorial de la salud, empleando la misma lógica que el DSM en la selección del número de síntomas que deben ser cumplidos para ratificar un criterio. Sin embargo, no son pocos los inconvenientes. Al forzar las categorías a que fenómenos complejos y amplios tengan que ubicarse en compartimentos estancos, se crean diferencias cualitativas entre ellos y, sobre todo, conducen a una lógica dicotómica perversa (presencia o ausencia de trastorno) que segmenta la dimensionalidad existente. La psicología positiva lleva ya tiempo alertándonos de los peligros de la equivalencia «ausencia de enfermedad = salud» durante mucho tiempo (Maddux, 2002), así como de las consecuencias que de ella se pueden derivar en términos prácticos. Por ejemplo, bajo esta presunción para que los ciudadanos lleguen a poseer los máximos niveles de salud, la sociedad debe centrar sus esfuerzos en tratar únicamente la enfermedad mental, y por tanto todos los recursos y medios de las administraciones deben estar enfocados a lograr este objetivo. Desgraciadamente, esta concepción de salud mental co-

mo ausencia de síntomas de enfermedad clínicamente significativos está tan firmemente anclada en la mente de los profesionales de la salud que apenas existen instrumentos estandarizados válidos y fiables para medir, diagnosticar y estudiar la «presencia» de condiciones favorables a la salud mental.

Para intentar paliar esta carencia, en este artículo se han propuesto diferentes medidas autoinformadas de salud mental procedentes de la concepción de salud como un estado de completo bienestar. Para ello se han utilizado distintas escalas de bienestar que han sido seleccionadas de acuerdo a la extensa y rigurosa investigación científica realizada sobre el bienestar en las últimas décadas. Para la medición de cada síntoma se han elegido las escalas con mejores propiedades psicométricas: la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985; Cabañero et al., 2004) y la Escala de Afecto Positivo (Keyes et al., 2002; Blanco y Díaz, en prensa) para medir los síntomas de *hedonía* (Satisfacción con la Vida y Afecto Positivo), y las Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a; Díaz et al., 2006), y las de Bienestar Social (Keyes, 1998; Blanco y Díaz, 2005) para la medición del *funcionamiento positivo* (Escalas de Bienestar Psicológico medición de los síntomas 3, 5, 9, 11, 12; Escalas de Bienestar Social: medición de los síntomas 4, 6, 7, 8, 10). Todas estas escalas cuentan además con el valor añadido de haber sido traducidas y validadas al castellano. Finalmente, los análisis factoriales realizados sobre todas las escalas de bienestar empleadas corroboran la existencia de dos factores (*hedonía* y *funcionamiento positivo*) que se corresponden con los dos criterios diagnósticos propuestos, saturando fundamentalmente las escalas empleadas para medir síntomas de *hedonía* en el primer factor (*hedonía*), y las escalas para medir síntomas de *funcionamiento positivo* en el segundo factor (*funcionamiento positivo*).

A pesar del rigor en la selección de escalas empleadas para la medición de la propuesta de síntomas que recoge el Modelo del Estado Completo de Salud, todas las medidas utilizadas en este estudio son de carácter autoinformado. Pese a que los autoinformes sobre bienestar poseen un alto grado de validez como demuestran diferentes estudios (e.g. Lucas, Diener, y Suh, 1996; Sandvik, Diener, y Seidlitz, 1993), su utilización está sujeta a una serie de limitaciones. En primer lugar, los informes que las personas nos proporcionan pueden no reflejar correctamente su estado interno de bienestar (Schwarz y Strack, 1999). Existen, por ejemplo, investigaciones que han demostrado que las medidas autoinformadas de bienestar son sensibles a factores como el estado de humor momentáneo, o el escenario físico en el que se desarrolla el experimento para su medición (Schwarz y Clore, 1983; Schwarz y Strack, 1991). Además de ello, las personas no sólo procesan la información sobre sí mismas y sobre su entorno de una manera explícita (i.e. controlada o consciente), sino también de manera implícita (i.e. automática o no consciente). Estas medidas, finalmente, están influenciadas tanto por la deseabilidad social, como por el control voluntario. Además, dado que los participantes debían ser evaluados en un total de 13 síntomas propuestos por el MECS, y en la variable depresión, únicamente se empleó una escala para la medición de cada variable, lo cual puede suponer una limitación para la generalización de los resultados obtenidos. Por todas estas razones, futuras investigaciones deberán intentar desarrollar medidas del bienestar de carácter implícito, basadas, por ejemplo, en la medición de tiempos de reacción, así como emplear más de un método de evaluación de la depresión, utilizando también instrumentos de carácter no autoinformado.

Finalmente, queremos destacar algunas de las implicaciones relacionadas con la existencia de una dimensión continua salud-depresión. Dado que la presencia de salud mental, al situarnos en uno de los polos del continuo, es una condición suficiente para la ausencia de depresión, altos niveles de *hedonía* y *funcionamiento positivo* (criterios diagnósticos de salud mental) constituyen un excelente factor de protección contra el trastorno. Por tanto, aumentar los niveles de *bienestar subjetivo* (*hedonía*), *bienestar psicológico* y *bienestar social* (*funcionamiento positivo*), constituye una buena estrategia de prevención contra la depresión. Las investigaciones realizadas sobre el bienestar nos han aportado diferentes estrategias o técnicas de intervención para aumentar los niveles de bienestar subjetivo. Enseñar a las personas a emplear estrategias de comparación con los que están peor, en lugar de con los que están mejor (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999) a fin de que aumente su bienestar subjetivo, constituye un excelente ejemplo. Además, como los deseos median la relación entre la comparación social y el bienestar subjetivo, reducir la discrepancia entre lo que las personas quieren y lo que pueden tener (Solberg, Diener, Wirtz, Lucas, y Oishi, 2002) aumenta también los niveles de esta variable. Para aumentar el bienestar psicológico, entre otras muchas alternativas, podemos enseñar a las personas a escribir sobre los acontecimientos

que les han hecho sufrir. Sabemos que la escritura reveladora (Writing Disclosure Procedure; para una descripción de este procedimiento véase Sloan y Marx, 2004) aumenta los niveles de bienestar psicológico, especialmente si la escritura hace hincapié en las relaciones causa-efecto y fomenta el *insight* (Hemenover, 2003). Para terminar, un breve comentario respecto al incremento del bienestar social (síntomas 4, 6, 7, 8 y 10). Debemos señalar que, a pesar de que en muchas ocasiones la Psicología clínica tradicional ha abordado el trastorno y la salud mental tomando como marco de referencia y unidad de análisis a un sujeto aislado de su medio, existen también diferentes estrategias para la intervención no sólo a nivel individual o microsocioal, sino incluso macrosocioal. El punto culminante de esta propuesta es el desarrollo de instituciones sociales y comunidades positivas. De manera más concreta, aumentar el sentimiento de pertenencia e integración de los ciudadanos en la sociedad, fomentar la participación de las personas en su comunidad simplificando y acercando los mecanismos para la toma de decisiones, incrementar la confianza de los ciudadanos en las instituciones reduciendo el tiempo de resolución de casos, proporcionando retroalimentación y aumentando con ello la sensación de control, son también estrategias para la prevención de la depresión en la medida en que aumentan los niveles de bienestar social.

Referencias

- Albee, G.W. (2000). The boulder model's fatal flaw. *American Psychologist*, 55, 247-248.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Barone, D.F., Maddux, J.E., y Snyder, C.R. (1997). *Social cognitive psychology: History and current domains*. New York: Plenum.
- Berndt, D., Kaiser, C.F., y Van Aalst, F. (1982). Depression and self-actualization in gifted adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 142-150.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 15, 227-252.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 580-587.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17, 7-29.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cabañero, M^a J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M^a I., Reig, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Cacioppo, J.T., Gardner, W.L., y Berntson, G.G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: Form follows function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 839-855.
- Conde, V., y Esteban, T. (1975). Fiabilidad de la S.D.S. (Self-Rating Depression Scale) de Zung. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 30, 903-913.
- Conde, V., Escribá, J.A., e Izquierdo, J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*, 33, 185-206.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Validación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E., Smith, H., y Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 130-141.
- 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.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Fava, G., y Ruini, C. (2002). The sequential approach to relapse prevention in unipolar depression. *World Psychiatry*, 1, 10-15.
- Foa, E.D., M.J., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., y Orsillo, S.M. (1999). The Post-Traumatic Cognition Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Frazer, J.C., Chicota, C.L., Templer, D.I., y Arikawa, H. (2003). The usefulness of the Axis V diagnosis: Opinions of health care professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 692-694.
- Gara, M., Woolfolk, R., y Allen, L. (2002). Social cognitive complexity and depression: Cognitive complexity moderates the correlation between depression self-ratings and global self-evaluation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 670-676.
- Glorfeld, L.W. (1995). An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 377-393.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E., y Lave, T.R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.
- Hamilton M., y Shapiro C.M. (1990). Depression. En Peck, D.F., y Shapiro, C.M. (eds.): *Measuring human problems* (pp. 27-37). New York: Wiley.
- Harshman, R.A., y Reddon, J.R. (1983). Determining the number of factors by comparing real with random data: A serious flaw and some possible corrections. *Proceedings of the Classification Society of North America at Philadelphia*, 14-15.
- Hemenover, S.H. (2003). The Good, the Bad and the Healthy: Impacts of Emotional Disclosure of Trauma on Resilient Self-Concept and Psychological Distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1236-1244.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- Kessler, R.C., y Zhao, S. (1999). The prevalence of mental illness. En A.V. Horwitz y T.L. Scheid (eds.): *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems* (pp. 58-78). New York: Cambridge University Press.
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgements of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Lucas, R.E., Diener, E., y Suh, E.M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Maddux, J.E. (2002). Stopping the «Madness». En C. Snyder y A. López (eds.): *Handbook of Positive Psychology*. Londres: Oxford University Press (pp. 63-73).
- Merton, R. (1985). *La sociología de la ciencia* (vols. 1 y 2). Madrid: Alianza.
- Organización Mundial de la Salud (1948). World Health Organization Constitution. En *Basic Documents*. Ginebra. Suiza: Author.
- Pérez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Roy-Byrne, P., Dagadakis, C., Unutzer, J., y Ries, R. (1996). Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatric Services*, 47, 864-866.
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En S. Fiske (ed.): *Annual Review of Psychology* (vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). 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., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C., y Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9(11), 1-28.
- Sandvik, E., Diener, E., y Seidlitz, L. (1993). Subjective well-being: The convergence and stability of self-report and non-self-report measures. *Journal of Personality*, 61, 317-342.
- Sartorius, N. (2001). The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 8-11.
- Schwarz, N., y Clore, G.L. (1983). Mood, misattribution and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 513-523.
- Schwarz, N., y Strack, F. (1991). Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. En F. Strack, M. Argyle y N. Schwarz (eds): *Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 27-47). Oxford: Pergamon Press.
- Schwarz, N., y Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. En Kahneman, D., Diener, E., y Schwarz, N.: *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 61-84). New York: Russell.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 236-240.
- Sloan, S.M., y Marx, B.P. (2004). A closer examination of the structured written disclosure procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 165-175.
- Solberg, E.C., Diener, E., Wirtz, D., Lucas, R.E., y Oishi, S. (2002). Wanting, having and satisfaction: Examining the role of desire discrepancies in satisfaction with income. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 725-734.
- Steiz, R. (1970). Five psychological measures of neurotic depression. A correlation study. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 504-505.
- Thompson, B., y Daniel, L.G. (1996). Factor analytic evidence for the construct validity of scores: A historical overview and some guidelines. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 197-208.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-644.
- Vázquez, C., y Jiménez, F. (2000). Depresión y manía. En Bulbena, A., Berrios, G., y Fernández de Larrinoa, P. (eds.): *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 271-272). Barcelona: Masson, S.A.
- Zung, W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.