

## EL BIENESTAR PSICOLÓGICO, UN INDICADOR POSITIVO DE LA SALUD MENTAL

## THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, A POSITIVE INDICATOR OF MENTAL HEALTH

Arlene Oramas Viera<sup>1</sup>  
Sandra Santana López<sup>2</sup>  
Adriana Vergara Barrenechea<sup>3</sup>

### RESUMEN

Este artículo se centra en una perspectiva positiva de la Psicología. Hace énfasis en procesos psicológicos asociados con el funcionamiento del sí mismo como regulador, mediador y motivador del bienestar. Revisa diversas concepciones e indicadores del bienestar psicológico. Presenta una alternativa para la evaluación del mismo: el Cuestionario de Bienestar Psicológico, de 14 reactivos. Este cuestionario fue respondido por 1006 docentes venezolanos y 250 docentes cubanos, con el objetivo de analizar su estructura factorial y consistencia interna -alpha de Cronbach-, así como también, con el ánimo de conocer su efecto en los procesos de adaptación de las personas, fueron analizadas las asociaciones con indicadores de la salud mental y la vulnerabilidad al estrés.

**Palabras clave:** Calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar subjetivo, salud mental

### ABSTRACT

This article is centered in a positive perspective of Psychology. It emphasizes the psychological processes associated with the operation of the self like regulator, mediator and motivator of well-being. It reviews diverse conceptions and indicators of psychological well-being. It presents an alternative in order to evaluate this aspect: Psychological Well-being Questionnaire (14 items). This questionnaire was answered by 1006 Venezuelan and 250 Cuban teachers, with the aim to analyze the factorial structure and intern consistence -Cronbach's alpha-, as well as it was analyzed, with the aim of knowing their effects on the adaptation processes of the people, the associations with indicators the mental health and vulnerability stress.

**Key words:** Quality of life, psychology well being, subjective well-being, mental health

### INTRODUCCIÓN

La distinción entre enfermedad y salud mental resulta polémica. A nuestro criterio, ambos constructos constituyen los polos positivos y negativos de un continuo que representa un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno. Este proceso esta multiterminado por variables de diversa naturaleza: biológicas, psicológicas y sociales. El concepto de 'salud mental' dado por Silvia Bermann confirma esta idea anterior, "podría decirse

que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzar a hablar de enfermedad". En sentido similar, Pichón Riviere apunta: "La salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social"<sup>1</sup>.

Sin embargo, tradicionalmente al proceso de la salud mental se accede por el polo negativo, obviamente por la necesidad de dar solución inmediata al problema de la enfermedad, predominando en su abordaje un enfoque médico psicopatológico.

El estudio del proceso de la salud mental en términos positivos nos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica o Positiva, y a lo que muchos investigadores denominan nuevo paradigma. Temas que se estudian dentro de esta perspectiva son: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (resilience), los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad. Nosotros centraremos nuestra atención en este estudio en el tema del bienestar psicológico, ya que es posible caracterizar la satisfacción y la felicidad como indicadores de buen funcionamiento mental, y es por ello que se torna necesario contar con instrumentos de evaluación del bienestar psicológico<sup>2</sup>.

El tema del bienestar humano es algo que preocupa a la humanidad desde que emerge como tal; el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades como todo ser vivo; sin embargo, la conciencia de sentirse feliz es algo específico de la especie humana.

Como puede apreciarse, estamos aquí haciendo referencia a dos términos: satisfacción y felicidad, para

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología, Master en Psicología de la Salud, Investigadora Agregado, Profesora Asistente. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>2</sup> Médico especialista de I grado en Medicina Interna y de II grado en Medicina del Trabajo, Master en Salud de los Trabajadores, Profesora Instructora. Vicedirección de Atención Médica, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>3</sup> Técnica Auxiliar de Investigación. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

#### Correspondencia:

MSc Arlene Oramas Viera  
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores  
Calzada de Bejucal km 7½, Apartado 9064, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana 10900, Cuba  
E-mail: arlene.oramas@infomed.sld.cu

referimos al bienestar; resulta, pues, necesario delimitar y precisar este concepto.

Al comienzo de la década de los 60 del pasado siglo, aparecen los primeros trabajos donde se intenta definir el bienestar y, sobretudo sus fuentes. Cummings y Henry, en 1961, colocaron éstas dentro del individuo, y Cantril<sup>3</sup> las ubica en factores contextuales que predicen la satisfacción con la vida de cada uno, demostrando que había una sustancial variación en la importancia de las metas a través de las sociedades y en la percepción del éxito personal. En esta oportunidad se identifica el bienestar con la satisfacción personal.

Bradburn y Caplovitz<sup>4</sup> tomaron un camino diferente. Su enfoque se basó en la disposición de ánimo y afecto-felicidad para el bienestar. La nueva dimensión de su trabajo fue pensar en la felicidad no como la ausencia de un perjuicio negativo, sino como el equilibrio positivo entre la inevitable mezcla de experiencias buenas y malas que son la sustancia de la vida cotidiana.

Fueron Campbell et al<sup>5</sup>, en '*La Calidad de Vida Americana*', quienes sintetizan el trabajo de los autores anteriores. Ellos proponen una dimensión cognitiva y valorativa del bienestar en el enfoque de la *satisfacción* y una dimensión afectiva, que concentra el equilibrio entre los componentes positivos y negativos de la disposición de ánimo. Satisfacción en este caso se refiere a la extensión con que se percibe que las esperanzas y aspiraciones son logradas. La satisfacción y la felicidad se funden en una escala de bienestar. Anticiparon que aunque satisfacción y felicidad pueden correlacionar, esta correlación no las hace idénticas, e identificaron grandes dimensiones de vida que contribuyen acumulativamente al sentido de la calidad de vida de cada uno<sup>5</sup>.

Como puede apreciarse, el concepto de bienestar forma parte de un universo conceptual más amplio: el de calidad de vida. Se refiere a cómo y por qué las personas vivencian sus vidas de manera positiva, y está muy relacionado con temas como bienestar psicológico, felicidad, satisfacción moral y afectos positivos.

El término *bienestar* lleva implícita la vivencia personal, subjetiva, por lo que para algunos autores el término *bienestar subjetivo* puede considerarse una redundancia. El bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo; de hecho, ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como, por ejemplo la satisfacción de necesidades de diversa naturaleza y no de tipo psicológico<sup>6</sup>. El bienestar psicológico trasciende, además, el estado de ánimo; si bien es cierto que tiene elementos reactivos, transitorios, su estabilidad tiene mayor influencia.

Existe dentro del tema del bienestar un tipo de enfoque cuyo principal teórico ha sido Carol Ryff, y que se refiere al bienestar psicológico o salud mental positiva. Este constructo es operacionalizado por este autor

a partir de una encuesta sobre qué entendía por felicidad una muestra de adultos y ancianos, cuyos resultados fueron validados factorialmente y de ellos se derivó una estructura de seis dominios: autonomía, autoaceptación, crecimiento personal, dominio, metas en la vida y relaciones positivas con los otros<sup>7</sup>. Posteriormente, las escalas se redujeron a cuatro y reflejaron una concepción de salud mental positiva en la cual señalaron como elementos fundamentales las metas en la vida y las relaciones interpersonales positivas, y como complementarios: la autoaceptación y el dominio<sup>8</sup>.

Este punto de vista tiene su base en las concepciones filosóficas clásicas del bienestar como virtud, en el sentido de búsqueda constante de la excelencia personal y que coincide con una concepción normativa que define lo que es bueno, deseable y aceptable, y no la vivencia solamente de sentimientos de alegría.

Las relaciones entre el bienestar general y el bienestar psicológico o salud mental positiva, no pueden comprenderse sin remitirse al concepto del sí mismo y su papel regulador de la personalidad. Esto permite ofrecer una síntesis de ambas tendencias<sup>9</sup>. Existen abundantes datos que sugieren que adultos y ancianos considerados como ajustados y que presentan autoaceptación, autoestima y autoeficacia elevadas, tienden a considerarse como felices; es válido aclarar que las relaciones de causalidad son limitadas en estos estudios. Por otra parte, el sentido de competencia personal permite que se den evaluaciones cognitivas que disminuyan el impacto amenazante de los eventos estresantes sobre las personas y, además, con las propiedades autoprotectoras que posee, se convierte en una fuerza motivadora para mantener su estabilidad a pesar de las circunstancias amenazantes.

Las actitudes del sujeto consigo mismo o lo que algunos autores llaman el *self*, el *autoconcepto* o el *sí mismo*, constituyen un mecanismo autoregulator del sujeto que refleja el conocimiento que tiene de sí mismo mediatizado por el proceso de interacción social en las diversas áreas de relación. Permite interpretar experiencias, manejar las emociones, iniciar comportamientos y experimentar un sentido de continuidad. Este sentido de continuidad garantiza el mantenimiento de los mecanismos de autorregulación al posibilitar un análisis de las experiencias personales en una perspectiva temporal y comparativa, que se mantiene durante toda la vida, tanto ante la presencia de condiciones adversas, como en las diferentes etapas del ciclo vital. Este sistema autoregulator funciona como moderador del bienestar psicológico, el bienestar general, el funcionamiento personal y la calidad de vida percibida.

Las relaciones entre el sí mismo y el bienestar subjetivo son vistas en diferentes perspectivas<sup>10</sup>; las probabilidades de mayor bienestar y adaptación pueden estar dadas por cuanto más complejo y multifacético sea éste. En cuanto a su grado de estructuración, el esquema social que contiene el cual incluye la aceptación social y el compromiso, o como amortiguador de los problemas.

El bienestar psicológico constituye, pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida. Está formado por variables del autoconcepto como:

- **Autoconciencia:** componente cognitivo de las actitudes hacia sí mismo. Se expresa en las creencias y pensamientos que tiene el sujeto sobre sí mismo.
- **Autoestima:** componente afectivo de las actitudes hacia sí mismo. Consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, y se expresa en el grado en que se quiere y se acepta.
- **Autoeficacia:** componente conductual de las actitudes consigo mismo, grado en que el sujeto considera que puede llevar a cabo sus propósitos y cumplir sus metas.

Estos tres componentes se encuentran íntimamente relacionados entre sí y con el sentido que le otorga el sujeto a su vida. El concepto de "sentido" se traduce en proporcionar una razón, orden o coherencia a la existencia del individuo; está relacionado con el concepto de "propósito", el cual hace referencia a la intención, al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo, que nuestra vida tenga un sentido significa que tenemos un propósito y luchamos por alcanzarlo. El sentido de la vida es considerado también como un indicador positivo de la salud mental.

El Cuestionario de Bienestar Psicológico propuesto está formado por 14 reactivos, los cuales están dirigidos a explorar estos componentes del autoconcepto y el sentido de vida.

Por otra parte, el quehacer de la Psicología en el ámbito de la salud del trabajador demanda, desde una perspectiva preventiva, el desarrollo de instrumentos que permitan abordar poblaciones supuestamente sanas. En esta ocasión no pretendemos utilizar un cuestionario para detectar patologías o síntomas, sino para explorar el bienestar psicológico de grupos de trabajadores. No nos estamos refiriendo a un instrumento privativo del área de la salud ocupacional; el mismo se puede utilizar en diversas poblaciones. Tampoco constituye un instrumento para indagar sobre el bienestar en el trabajo. Investigaciones con este fin, el logro de los objetivos, dependerá de su diseño y no de la utilización de este instrumento; como se esclarece en la introducción, está dirigido al bienestar psicológico personal, el cual es una consecuencia de las relaciones del sujeto en las diversas áreas de su vida, en su desarrollo vital.

Con los estudios desarrollados, nosotros nos hemos propuesto explorar la consistencia interna de este instrumento, así como su estructura factorial, para realizar una primera aproximación a su confiabilidad.

Utilizamos, además, dos cuestionarios como criterios externos para delimitar las asociaciones de los re-

sultados del mismo con la salud en general y la vulnerabilidad al estrés.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se diseñó un estudio descriptivo transversal. Se aplicó el Cuestionario de Bienestar Psicológico a una población de 1042 docentes venezolanos de enseñanza básica y diversificada de 7 estados diferentes, seleccionados por un muestreo simple aleatorio, utilizando el plantel como unidad de muestreo y tomando la población total de docentes de cada plantel por un criterio práctico.

Se analizó la adecuación lingüística del Cuestionario así como la comprensión del mismo utilizando para esto el criterio de expertos de colegas venezolanos.

El instrumento fue aplicado por el mismo personal, previamente entrenado, en todos los casos.

Se aplicó, además, a una muestra de 250 docentes cubanos de un municipio capitalino, de enseñanza primaria, secundaria y tecnológica. El procedimiento de muestreo fue similar al anterior, siendo la misma representativa, a un 95% de confiabilidad, de la población de docentes del municipio seleccionado por un criterio práctico y de representatividad de la capital. En esta muestra se aplicaron, además dos cuestionarios que a continuación se detallan:

- **Cuestionario General de Salud (GHQ):** Este instrumento es utilizado para determinar la prevalencia de psicopatología general de carácter neurótico. Constituye una prueba de filtrado o tamizado, diseñada para identificar "casos" potenciales de trastornos mentales en la población en general. El cuestionario original está formado por 60 reactivos, en forma de una pregunta con 4 opciones de respuesta en una escala Likert. Se han derivado versiones breves de 30, 28, 20 y 12 reactivos con 6, 5 ó 4 factores. La validez de las versiones breves ha sido confirmada. Nosotros empleamos la versión de 28 reactivos, que incluye los factores: síntomas somáticos, ansiedad, depresión severa y eficacia social<sup>11,12</sup>.
- **Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés:** Este instrumento resulta de amplia utilidad para explorar algunos factores mediadores de la respuesta de estrés en el sujeto tales como: estilos de vida, apoyo social y patrón de respuesta afectivo conductual, entre otros, los cuales actúan como mecanismos de resistencia generalizados ante las demandas del medio. Ha sido desarrollado por la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En relación con las características de la muestra, podemos referir que la edad promedio de la muestra de docentes venezolanos es de 39,7 años, con una desviación típica de 8,56. El tiempo medio desempeñándose como docente es de 12,13 años, con una desviación típica de 8,10. Predomina el sexo femenino,

con una representatividad del 91%, al encontrarnos con una ocupación predominantemente femenina.

En la muestra de docentes cubanos la edad promedio es de 41,4 años, con una desviación típica de 8,8. El tiempo medio desempeñándose como docente es de 20,58 años, con una desviación típica de 9,45. Predomina el sexo femenino, con una representatividad del 84,66%, lo cual es explicable por ser ésta una ocupación predominantemente femenina.

Para efectuar el análisis de la consistencia interna de la prueba, se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual nos ofrece una medida de las correlaciones entre los ítems.

Para la muestra de docentes venezolanos se obtuvo un coeficiente de 0,77, y en el caso de los docentes cubanos, 0,80. Estos valores nos refieren una adecuada consistencia interna de la prueba en relación con el número de ítems.

Para la obtención de la estructura factorial del cuestionario, se aplicó un análisis de componentes principales con rotación varimax normalizada. Se obtuvieron para ambas muestras 4 factores con valores propios superiores a uno; en el caso de la muestra de docentes venezolanos (n = 1 042), éstos explican el 55% total de la varianza; con la muestra de docentes cubanos (n = 241) explican el 56% de la varianza.

Sin embargo, la estructura factorial del mismo no esta claramente definida. En el análisis de ambas muestra no se comporta de manera similar. Analizando en conjunto, se distingue un factor común en los ítems 10 y 12, el cual se identifica con la autoeficacia y otro factor común en los ítems 2 y 3, identificado con un sentido y propósito de vida.

Analizando la muestra de docentes venezolanos, el primer factor extraído, el cual explica por sí solo el 28% de la variabilidad, incluye los ítems 1, 4, 5, 6 y 7, y se identifica con el *estado de ánimo*. El segundo factor incluye los ítems 10, 11, 12 y 13, y se refiere a una valoración cognitiva de sí mismo expresada en la *autoeficacia*. El otro factor explica el 8,63% de la variabilidad e incluye los ítems 2,3 y 14, y se identifica con el *sentido y propósito de vida*. En la muestra de docentes cubanos se obtuvo un primer factor, que explica el 31,2% de la variabilidad, presente en los ítems 5, 10, 12 y 14, lo cual se identifica con una valoración cognitiva de sí mismo expresada en la *autoeficacia*; el segundo factor explica el 9,5% de la variabilidad, incluye los ítems 1, 6, 8, 9 y 11, y se identifica con una valoración afectiva de sí mismo, expresada en la autoestima y en el estado de ánimo.

Estos resultados pueden deberse a las diferencias culturales entre ambas poblaciones, las cuales pueden trascender la adaptación lingüística. No obstante, consideramos que los reactivos no son lo suficientemente exclusivos, pues resulta difícil poder separar los elementos que expresan por su unidad interna. Las dificultades en el orden instrumental para la medición de constructos como la autoeficacia, son reconocidas por algunos autores dedicados al tema<sup>13</sup>.

En un estudio para comprobar si estas tres variables, autoestima, autoconcepto y autoeficacia, son variables diferentes o constituyen un mismo fenómeno, se obtuvo en un análisis inicial que eran variables independientes, y la autoestima con el autoconcepto estaban muy relacionadas, mientras que un análisis más profundo agrupa los reactivos más importantes de autoestima, autoconcepto y autoeficacia, lo cual demuestra que la autoeficacia no es una variable independiente, sino es parte de la autoestima<sup>14</sup>.

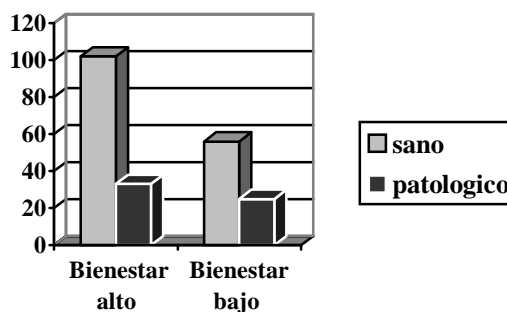
De hecho, constructos como el sentido de coherencia, con demostrada validez y confiabilidad, no presentan una clara estructura factorial<sup>15</sup>. Resulta difícil poder expresar en reactivos sencillos, variables de estrecha relación entre sí y que constituyen expresión de una misma actitud. La brevedad de este instrumento no permite llegar a conclusiones de mayor nivel de especificidad que en relación con el bienestar psicológico en su conjunto, considerado éste desde la perspectiva anteriormente explicada.

Con relación al otro objetivo, se establecieron las asociaciones de los resultados del Cuestionario de Bienestar Psicológico con el Cuestionario de Salud General y con el de Vulnerabilidad al Estrés, determinando la misma con la prueba Chi-Cuadrado y calculando el coeficiente de contingencia y el de concordancia de Kappa.

Según los resultados, en el Cuestionario de Bienestar Psicológico se establecieron dos grupos de sujetos a partir de los valores medios obtenidos, los de bienestar alto y los de bienestar bajo, y de forma similar se procedió con los resultados en el Cuestionario de Vulnerabilidad. Se establecieron para cada una de las escalas del Cuestionario de Salud General dos grupos a partir de los puntos de corte propuestos.

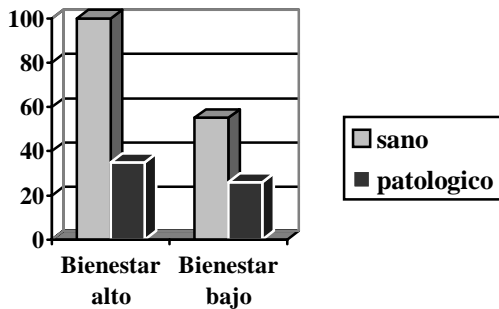
No se encontraron diferencias significativas entre los sujetos con alto y bajo bienestar psicológico en relación con las 4 escalas de salud general: síntomas físicos, ansiedad, conducta social y depresión. Los coeficientes de contingencia y de Kappa tampoco resultaron ser significativos (figuras 1, 2, 3 y 4).

**Figura 1**  
**Distribución de sujetos según bienestar psicológico y síntomas físicos**



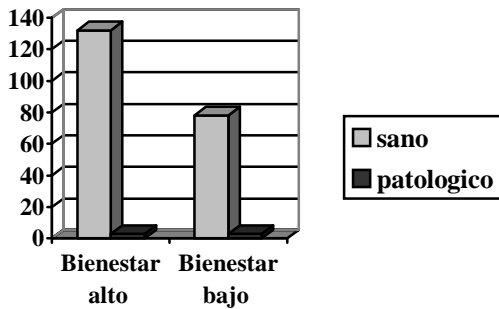
Coeficiente de Contingencia: 0,070;  $\alpha = 0,303$   
Coeficiente de Kappa: 0,068;  $\alpha = 0,30$

**Figura 2**  
Distribución de sujetos según bienestar psicológico y ansiedad



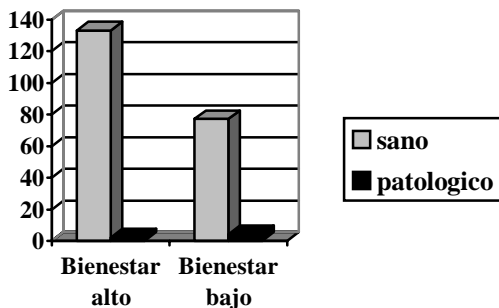
Coefficiente de Contingencia: 0,066;  $\alpha = 0,329$   
 Coeficiente de Kappa: 0,065;  $\alpha = 0,332$

**Figura 3**  
Distribución de sujetos según bienestar psicológico y conducta social



Coefficiente de Contingencia: 0,044;  $\alpha = 0,521$   
 Coeficiente de Kappa: 0,018;  $\alpha = 0,521$

**Figura 4**  
Distribución de sujetos según bienestar psicológico y depresión



Coefficiente de Contingencia: 0,101;  $\alpha = 0,134$   
 Coeficiente de Kappa: 0,042;  $\alpha = 0,134$

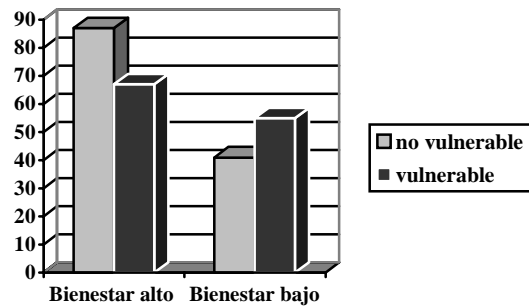
Como puede apreciarse en estas figuras, existen sujetos con alto bienestar que presentan síntomas físicos y ansiedad, así como lo contrario con bienestar bajo y sin síntomas. Esto, aunque resulta algo contradictorio aparentemente, se explica a partir de que no

necesariamente una persona con ansiedad o sintomatología física tiene dificultades con su bienestar psicológico; ambas escalas se refieren a síntomas que pueden estar determinados no solamente por los factores a los que se refiere este concepto del bienestar psicológico, sino también por otras variables psicosociales de diversos orígenes en otras áreas de la vida de relación del sujeto (laboral, familiar, comunitaria, etc.), y no necesariamente en la relación consigo mismo.

En relación con las escalas de eficacia y depresión, consideramos que, al ser los resultados patológicos tan limitados, esto dificulta el análisis estadístico. Resulta interesante que en la escala de depresión solamente 6 sujetos son patológicos, y de estos 4 presentan bienestar bajo; sin embargo, de los que no tienen niveles de depresión patológica (211), 77 presentan bienestar bajo. Esto constituye un dato importante, pues si bien no nos refiere que estos sujetos se encuentran en un estado patológico, se alejan de un estado de bienestar psicológico o salud mental positiva, lo cual, desde el punto de vista de la prevención y la promoción de la salud, son importantes monitorear.

Aparece una asociación significativa entre el bienestar psicológico y la vulnerabilidad al estrés, con coeficientes de contingencia y de Kappa significativos (figura 5).

**Figura 5**  
Distribución de sujetos según bienestar psicológico y vulnerabilidad al estrés



Coefficiente de Contingencia: 0,133;  $\alpha = 0,034$   
 Coeficiente de Kappa: 0,131;  $\alpha = 0,034$

Este resultado nos confirma la idea de que el bienestar psicológico es una variable medidora en las relaciones del sujeto con su entorno, que se manifiesta en el proceso de la interacción de éste con el medio a partir de los recursos psicológicos con que cuenta para afrontar las demandas externas e internas. Actúa como un mecanismo protector para el sujeto y, por supuesto, como un indicador positivo de su salud mental, lo cual no significa traducir literalmente ésta como ausencia de síntomas.

A manera de síntesis, encontramos que el Cuestionario de Bienestar Psicológico mantiene una consistencia interna con valores adecuados en relación con el número de ítems y las variables que estudia. Su estructu-

ra factorial no aparece claramente definida por lo que no es recomendable analizar los factores de manera independiente. Recomendamos ampliar la escala Likert de calificación de 4 grados a 6 en futuras aplicaciones, para distinguir mejor las respuestas.

El análisis de las asociaciones con el Cuestionario de Salud General y con el de Vulnerabilidad al Estrés nos confirma la idea que el bienestar psicológico constituye un mecanismo protector para el sujeto en su afrontamiento a las demandas del medio y, por supuesto, actúa como un indicador positivo de su salud mental, lo cual no significa traducir literalmente ésta como ausencia de síntomas.

Recomendamos profundizar en las relaciones con los síntomas depresivos y la eficacia social, ampliando la muestra de sujetos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Román JJ. Taller Pre-Simposio Internacional de Salud y Trabajo Cuba' 97. La Habana: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores; 1997.
2. Casullo MM. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Cuadernos de Evaluación Psicológica. Madrid: Ed. Paidós; 2003.
3. Cantril H. The pattern of human concern. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1965.
4. Bradburn NM. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine; 1969.
5. Campbell A, Converse P, Rodgers W. The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation; 1976.
6. García-Viniegras CR, González BI. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(6).
7. Ryff CDZ. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology 1989;57:1069-81.
8. Ryff C, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology 1995;(69):719-27.
9. George LK. Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. En: Schaie KW, Hendricks J, eds. The evolution of the aging self: The societal impact on the aging process. New York: Springer; 2000. p.1-36.
10. Herzog A, Markus HR. The self-concept in life span and aging research. En: Bengtson VI, Schaie KW, eds. Handbook of theories of aging. New York: Springer; 1999. p. 227-52.
11. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986;16:135-40.
12. Pando M, Aranda C, Amezcua S. (2004) Salud y enfermedad mental en la tercera edad. 1ª ed. México DF: Universidad de Guadalajara; 2004. ISBN 968-7846-55-0.
13. Peragine G. Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2003;18(5):291-9.
14. Vega RS. Autoconcepto, autoestima, autoeficacia: análisis teórico empírico. Puebla: Universidad de las Américas; 2003 ([http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documetos/lps/vega\\_r\\_s/referencias.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documetos/lps/vega_r_s/referencias.html)).
15. Bothmer, Von M. From a uni-dimensional to a multi-dimensional health promotion perspective – promoting a tobacco-free generation based on a motivational structure of behaviour. Department of Primary Health Care. Doctoral Tesis from Göteborg University, Stockholm; 2003. ISBN:91-628-5766-5.

**Recibido:** 6 de noviembre de 2006 **Aprobado:** 10 de febrero de 2007