

ARTÍCULOS

Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social

Social order and mental health: A social wellbeing approach

AMALIO BLANCO¹
DARÍO DÍAZ¹

Fecha de Recepción: 27-05-2005

Fecha de Aceptación: 01-03-2006

RESUMEN

En este artículo hemos querido abordar las relaciones entre el orden social y algunos aspectos de la salud, tomando como marco de referencia una de las más conocidas propuestas teóricas de Emilio Durkheim. Hemos partido de una concepción del orden social no como un hecho en sí, sino como un hecho percibido que se refleja en las cinco dimensiones del bienestar social (integración social, aceptación social, contribución social, actualización social, y coherencia social) para desde ahí analizar sus relaciones con algunos componentes de la salud. Los datos apoyan de manera diáfana que la percepción, la experiencia y la atribución de características positivas a las cinco dimensiones del bienestar social auguran alta autoestima, satisfacción con la vida, sentimiento global de bienestar, implicación en los problemas sociales y afectos positivos. Por el contrario, las experiencias negativas mantienen relaciones muy estrechas con depresión, anomia, afectos negativos e indefensión.

ABSTRACT

Taking as a framework one of the most well-known theories by Emile Durkheim, this paper addresses the relationship between social order and a

¹ Departamento de Psicología Social y Metodología. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. amalio.blanco@uam.es - dario.diaz@uam.es

number of health related topics. Social order understood not just as an event as such, but as a perceived event unfolded into five wellbeing dimensions: social integration, social acceptance, social contribution, social actualization, and social coherence. Relationships of these dimensions with some components of health are then examined. Results show clearly one hand, that people with a positive image, a good experience and an optimistic attributional style regarding their social life have also high self-esteem, positive affection, life satisfaction, and overall wellbeing and are willing to get involved in community issues dimensions. On the other hand, people undergoing negative experiences are also liable to depression, anomy, negative affection and helplessness.

PALABRAS CLAVE

Ordenamiento social, Salud, Bienestar social, Psicología positiva.

KEY WORDS

Social order, Health, Social well-being, Positive psychology.

PRIMER ESTUDIO

“La salud es un estado de bienestar físico, social y psicológico, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición, repetida hasta la saciedad desde que en 1948 fuera adoptada como santo y seña por la OMS, aunque marginada de hecho por una parte nada despreciable de las disciplinas tradicionalmente encargadas del estudio de la salud, adquiere perfiles novedosos a la luz de una doble consideración: el paso, primero, de un modelo de salud encadenado a la enfermedad y centrado en la presencia dentro del sujeto de síntomas físicos o psicológicos, a un modelo en cuyo epicentro se sitúa la presencia de indicadores y condiciones que promueven y facilitan el bienestar, y la inevitable consideración, después, de que ese estado de bienestar no puede tener otro protagonista que no sea un sujeto inserto dentro de determinadas coordenadas socio-históricas. La consideración de un sujeto suspendido en el vacío, un sujeto biomédico protagonista de una psiquiatría biológica (Pérez, 2003, p. 13) santo y seña de la Psicología clínica tradicional, es una pura entelequia. No existe tal sujeto: le faltaría “humanidad” (John F. Herbart) carecería de estructura psíquica superior (Vygotski), sería incapaz de desarrollarse como persona en el sentido psicológico del término (Mead), carecería de identidad de acuerdo con las propuestas de Festinger y Tajfel. En una Psicología que pretenda responder con garantía a los retos que plantea el mundo de hoy

se hace imprescindible tomar en consideración un sencillo supuesto que goza de un sólido respaldo teórico y empírico: la salud es un estado de bienestar que tiene como protagonista a un sujeto socio-histórico.

Un concepto de salud centrado en condiciones que promueven el bienestar era el que nos había prometido la Psicología positiva (Snyder y López, 2002). En sus primeras formulaciones, y sin necesidad de hacerlo explícito, recogía en toda su extensión la filosofía de la OMS al hacer de su objetivo la concreción de “un cambio en el enfoque de la Psicología a fin de pasar de la preocupación exclusiva por remediar los malos pasos en la vida a interesarse también por construir condiciones positivas” (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p. 5) capaces de asegurarnos la presencia de holgados y satisfactorios niveles de bienestar en la dimensión física, social y psicológica de nuestra existencia. “Muchas personas piensan que la Psicología es esa especialidad que se ocupa fundamentalmente de los problemas de la gente”, se lamentan Avia y Vázquez, (1998, p. 21) para reclamar de inmediato el estudio de las emociones positivas. En una palabra, la Psicología debe tornarse una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, de los rasgos individuales positivos, y de las instituciones sociales positivas como vía para incrementar la calidad de vida, y como herramienta para prevenir las patologías cuando la vida se nos pone cuesta arriba y el mundo

que nos rodea pierde su sentido. La alusión a la experiencia subjetiva, a los rasgos individuales e incluso a las emociones positivas no constituye sorpresa alguna en nuestro campo, pero la presencia de las instituciones sociales como ingrediente de un modelo de salud positiva supone un salto cualitativo que no puede pasarnos desapercibido. “Una Psicología positiva necesita tomar en consideración a las comunidades positivas y a las instituciones positivas”, insisten los autores (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p. 8), una interesante consideración que, desgraciadamente, ha pasado desapercibida en el desarrollo posterior de una Psicología positiva cuyo punto culminante, dicen sus autores (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005), lo constituye una clasificación de 6 virtudes y 24 fortalezas del carácter. Se han diluido las comunidades y las instituciones positivas, y sólo nos quedan individuos aislados del medio. Volvemos al principio: el protagonista de la salud o del trastorno mental es un sujeto suspendido en el vacío.

Ello no obstante, la conexión entre salud mental y positividad o negatividad de las instituciones y de las comunidades sigue siendo un marco de referencia al que, más allá de la deriva que ha acabado por tomar la Psicología positiva, no podemos renunciar, entre otras razones, porque es el marco que permite plantar cara al sujeto biomédico, heredero de la psiquiatría biológica (Pérez, 2003), porque es el único marco en el que tiene cabi-

da el sujeto socio-histórico. Esa fue la clave teórica de esa descomunal obra que es “El Suicidio”, una de las obras maestras en toda la historia de las ciencias sociales, de la que tanto podría aprender todavía la Psicología, la clínica y la no clínica. La línea maestra de la propuesta de Durkheim pasaría, resumidamente, por los siguientes trazos: a) los fenómenos mentales dependen necesariamente de causas sociales y constituyen por ello fenómenos colectivos; b) dichas causas se centran en la “constitución moral” de las sociedades, y se concretan en tendencias de la colectividad que penetran irremediablemente en los individuos; c) se trata de corrientes de tristeza y melancolía colectiva (alteraciones morbosas de la sociedad) que invaden la conciencia de los individuos desde fuera: “los estados sociales, son en cierto sentido, exteriores al individuo” (Durkheim, 1928, p. 343); d) esas corrientes son fruto de la organización social, es decir, de la manera como están asociados los individuos, de sus modelos y patrones de relación; e) cuando la organización y el ordenamiento social no es capaz de llegar a “una integración suficiente para mantener a todos sus miembros bajo su dependencia”, cuando impide que el individuo “se sostenga unido a ella” y se sienta más solidario, la salud mental corre el riesgo de quebrarse de manera definitiva (Durkheim, 1928, p. 418). La falta de integración social como una de las razones de esa alteración mental que conduce al trastorno mental: “Por consiguiente, la única forma de remediar el mal es dar a los grupos

sociales bastante consistencia para que mantengan más firmemente al individuo, y que éste, a su vez, se sostenga unido a ellos” (Durkheim, 1928, p. 418).

La posición de Durkheim es sobradamente conocida, y más allá de las clásicas aportaciones de Faris y Dunhan (1939), miembros de aquella soberbia Escuela de Chicago, de Hollingshead y Redlich (1958) y, más recientemente de Belle (1991) en torno a las relaciones entre clase social y salud mental, la necesidad de un acercamiento psicosocial a la salud mental goza ya de una cierta presencia, todavía tímida, en nuestra Psicología (Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992; Barrón y Sánchez, 2001; Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003). No deja de ser significativo, además, que los conceptos y parámetros centrales manejados en estos tres (los de apoyo social, integración social, anomia) tengan a Durkheim como punto de partida. Desde la perspectiva psicosocial, lo que se pretende es retomar el estudio de las relaciones entre algunas manifestaciones de la salud y determinados componentes del ordenamiento social aunque introduciendo un matiz decisivo que nos aleja de ese holismo determinista que defiende la prevalencia inexcusable de lo social (el estado moral de la sociedad) sobre lo individual, para acercarnos a posiciones de marcado sabor socio-histórico, centradas en los sentimientos, en las creencias y en la experiencia que las personas tienen respecto a determinados aspectos del orden, de la realidad y

de las relaciones sociales. La unidad de análisis ha pasado de lo lineal (lo social como variable independiente siempre y en todo lugar) a lo relacional (lo social como mediador), a esa relación individuo-mundo de tan hondo sabor vygotkiano.

El trabajo que aquí presentamos se suma modestamente a esta tradición con una particularidad: además de recuperar el contexto a la hora de hablar del sujeto, queremos recuperar también el concepto de bienestar como marco a la hora de hablar de la salud. Lo hacemos apoyados en dos razones: en primer lugar, porque el estudio del bienestar constituye el motivo central de la Psicología como ciencia (Miller, 1969), y después, porque el concepto de bienestar se encuentra epistemológicamente alejado de esa ideología de la enfermedad que ha dominado el estudio de la salud en la Psicología, de una salud, conviene repetir cuantas veces sea preciso, protagonizada por un sujeto suspendido en el vacío. En la investigación sobre el bienestar, sin embargo, es frecuente la inclusión de indicadores tales como el contacto social (Diener, 1994), el contacto interpersonal (Erikson, 1996) que se complementa con los recursos sociales (Veenhoven, 1994), y se concreta en las relaciones positivas con los demás (Ryff y Keyes, 1995; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), en los patrones activos de amistad y en la participación social (Allardt, 1996), etc. El bienestar nos interesa, ya lo hemos mencionado, como el indicador central de salud,

y es ahí donde las reflexiones de Avia y Vázquez (1998) y, sobre todo, la propuesta de Corey Keyes resulta especialmente clarificadora. Desde el modelo de enfermedad, un sujeto puede considerarse mentalmente sano si ha estado libre de un síndrome de depresión mayor en el último año, pero “desde la perspectiva de la salud un individuo debe ser considerado sano si dispone de altos niveles de bienestar social, por ejemplo, si se siente bien integrado en su comunidad” (Keyes y Shapiro, en prensa). No es lo mismo no tener problemas que ser feliz, siguiendo el argumento que Avia y Vázquez (1998) desarrollan, de manera más que convincente, a lo largo del primer capítulo de su “optimismo inteligente”. Ese ha venido siendo el marco en el que ha instalado Keyes (1998; 2002) su propuesta sobre el bienestar social a la que hemos prestado una especial atención en trabajos anteriores (Blanco y Díaz, 2004; Blanco y Díaz, 2005). En dicha propuesta se utilizan de manera permanente dos referencias: la primera a Durkheim de “El Suicidio”, y la segunda la necesidad de considerar un nuevo modelo de salud recientemente propuesto (Keyes, 2005), el Modelo del Estado Completo de Salud, que señala la existencia de las siguientes trece dimensiones o síntomas de salud mental: a) *afecto positivo*: buen humor, sosiego, calma y amor por la vida; b) *satisfacción con la vida*: sentimiento de felicidad; c) *auto-aceptación*: actitudes positivas hacia sí mismo y hacia la vida pasada y aceptación de las carac-

terísticas del yo; d) *aceptación social*: actitud positiva hacia los otros acompañada de reconocimiento y aceptación de las diferencias; e) *crecimiento personal*: Confianza en sí mismo y apertura a nuevas experiencias y retos; f) *actualización social*: creencia en la capacidad de las personas, de los grupos y de las sociedades para crecer y desarrollarse positivamente; g) *objetivos vitales*: proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos; h) *contribución social*: sentimiento de que nuestras actividades son útiles para la sociedad y de que son valoradas; i) *dominio del entorno*: capacidad para manejarse en ambientes complejos y para elegir aquellos que se adaptan a sus necesidades; j) *coherencia social*: interés por la sociedad y por la vida social; sentimiento de que la sociedad es inteligible, tiene una lógica, es predecible y tiene un sentido; k) *autonomía*: capacidad para definir y dirigir la vida de acuerdo a estándares internos socialmente aceptados, y resistencia a la presión social; l) *relaciones positivas con los otros*: capacidad de empatía e intimidad; ll) *integración social*: sentimiento de pertenencia a una comunidad de la que recibe satisfacción y apoyo.

La salud social positiva estaría, entonces, estrechamente relacionada con estos ámbitos de la vida social, de suerte que: a) serían más saludables aquellas personas que tuvieran un arraigado sentimiento de pertenencia y contaran con lazos y

vínculos sociales sólidos como apoyo; b) gozarían asimismo de un mayor nivel de salud mental aquellas personas que confiaran tanto en los demás como en sí mismos, y se aceptarían tal como son asumiendo sin dramatismos los aspectos positivos y negativos de su vida; c) aquellos que guiaran su vida sin dejarse arrastrar por las presiones y/o convenciones sociales; d) aparecerían igualmente con una salud mental más robusta aquellas personas que se sintieran útiles a la colectividad; e) las personas más sanas, dice Keyes (1998, p. 123) tienen confianza en el futuro de la sociedad, reconocen su potencial de crecimiento y confían en poder beneficiarse de él, y f) conciben su vida y el mundo como algo lleno de sentido y persiguiendo un objetivo.

Partiendo de estos supuestos y siguiendo algunas de estas consideraciones, en este artículo nos proponemos como primer objetivo analizar, en un primer estudio, la posible relación entre los indicadores del bienestar social (opiniones, percepciones y atribuciones con ayuda de las cuales las personas se manejan en el mundo interpersonal y social) y algunos otros aspectos de su salud (la depresión, la autoestima, las visitas al médico, la salud percibida), o de su vida social (la anomia, la acción social, etc.). En un segundo estudio tomamos en consideración el resto de dimensiones propuestas por el Modelo del Estado Completo de Salud de Keyes para ver cuál es su comportamiento con la variable visitas al médico.

Método

Participantes y procedimiento

En este estudio participaron voluntariamente 445 sujetos (236 hombres y 209 mujeres) con edades comprendidas entre 18 y 58 años ($M = 33$, $DT = 14$). Respecto a las características socio-económicas y educativas de la muestra, un 5% señaló que su unidad familiar contaba con ingresos de menos de 12.000 euros, un 21% con ingresos comprendidos entre 12.001 y 20.000 euros, un 43% con ingresos comprendidos entre 20.001 y 40.000 Euros, y un 31% con ingresos superiores a 40.000 euros. Respecto a su nivel máximo de estudios, un 7% había realizado estudios de EGB o equivalentes, un 48% estudios de bachillerato, un 25% eran diplomados o equivalentes, y un 19% eran licenciados o poseían titulaciones superiores. 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. Tras ser informados de que toda la información recogida en la investigación sería tratada de forma anónima y confidencial, los participantes recibieron un cuadernillo que contenía dos bloques. El primero de ellos estaba compuesto, en este orden, por las escalas de bienestar social, la escala de ítem único de bienestar, las escalas de bienestar psicológico, la escala de satisfacción con la vida, y las escalas de afecto positivo y negativo. En el segundo bloque se incluían las escalas de anomia,

percepción de seguridad del vecindario, aportación, limitaciones percibidas, autoestima, depresión, acción social, acción social reciente, salud percibida, y una pregunta sobre el número de visitas que habían realizado al médico durante el último año. Los participantes se tomaron el tiempo que consideraron necesario para completar el cuestionario.

Medidas

Bienestar Social. Se utilizaron las Escalas de Bienestar Social de Keyes (1998) recientemente vertidas al castellano (Blanco y Díaz, 2005). Este instrumento está compuesto por cinco escalas (integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social) que muestran una buena consistencia interna con valores α de Crombach comprendidos entre 0,83 y 0,69. 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).

Bienestar. A pesar de los problemas metodológicos que plantean estas escalas, decidimos emplear una medida de ítem único de satisfacción global con la vida basada en una adaptación propuesta por Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) de la escala de Cantril (1965). La razón fundamental para incluir esta medida es que variantes de esta escala han sido utilizadas por numerosos

estudios (Andrews y Robinson, 1991) obteniendo resultados muy interesantes desde el punto de vista teórico. Además, la escala ha mostrado a lo largo de diferentes investigaciones buenas propiedades psicométricas (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002). Los participantes respondieron a la tarea de evaluar globalmente su vida durante los últimos días empleando para ello una escala de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 0 (la peor vida posible) y 5 (la mejor vida posible).

Satisfacción con la vida. Se empleó la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Esta escala, compuesta por cinco ítems, muestra unas excelentes propiedades psicométricas y fue validada en una muestra de adolescentes por parte de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000), y recientemente con una muestra de mujeres embarazadas y puérperas (Cabañero, et., al., 2004). En nuestro estudio la escala ofreció una consistencia interna muy buena ($\alpha = 0,86$). 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).

Afecto positivo y negativo. Se utilizaron las escalas propuestas por Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) que constan de seis ítems. En la escala de afecto positivo los participantes indicaron cuánto tiempo, durante los últimos 30 días, se

habían sentido alegres, de buen humor, extremadamente felices, tranquilos y en calma, satisfechos y llenos de vida. En la escala de afecto negativo indicaron cuánto tiempo, durante los últimos 30 días, se habían sentido tristes, nerviosos, inquietos, desesperanzados, infelices e inútiles. Los participantes respondieron 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 0,80 y el α de la escala de afecto negativo 0,79.

Anomia. Se emplearon tres ítems contenidos en la "General Social Survey" (GSS) (Davis y Smith, 1994). Los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta de categorías ordenadas con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo) a las siguientes afirmaciones: "muchos empleados públicos no se preocupan por el ciudadano medio", "la tendencia del ciudadano medio es ir a peor, no a mejor"; "mirando hacia el futuro no es adecuado traer niños al mundo teniendo en cuenta como van las cosas". Estos ítems han sido utilizados por varios autores (e.g. Keyes, 1998) para medir anomia, y muestran unas propiedades psicométricas aceptables con una consistencia interna (α) de 0,57 en el estudio de la GSS. En nuestro estudio la escala mostró unos niveles de fiabilidad similares ($\alpha = 0,55$).

Seguridad del vecindario. Las personas que participaron en el

estudio completaron la escala de "Seguridad Percibida del Vecindario" (Keyes, 1998) compuesta por cuatro ítems diseñados para medir la seguridad y la confianza en sus vecinos. Los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta de categorías ordenadas con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). La escala mostró una buena consistencia interna ($\alpha = 0,71$).

Aportación. Para medir aportación social se utilizó una versión de la escala "Loyola Generativity Scale" (McAdams y St. Aubin, 1992) modificada parcialmente por Keyes (1998) y compuesta por cinco ítems. Altas puntuaciones en esta escala indican personas que sienten haber realizado contribuciones a la sociedad ("otras personas dicen que he realizado contribuciones a la sociedad"), que han compartido sus habilidades y experiencias con otros ("intento compartir el conocimiento que he adquirido por medio de mi experiencia"), que les gusta enseñar, y que sienten que otras personas les necesitan. Los participantes respondieron señalando si los ítems de la escala les describían nada, poco, algo o mucho. La consistencia interna (α) de la "Modified Loyola Generativity Scale" fue de 0,74.

Limitaciones percibidas. Se utilizó la escala propuesta por Lachman y Weaver (1998) que intenta reflejar el grado de control que las personas tienen sobre su vida y el

grado en que la perciben plagada de obstáculos y contingencias imprevisibles. La escala incluye, por ejemplo, afirmaciones como: "hay muchas cosas que interfieren con lo que yo quiero hacer". Los participantes indicaron su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando una escala de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). La escala mostró una buena consistencia interna ($\alpha = 0,74$).

Autoestima. Se empleó la escala de autoestima de Rosenberg (1965). Este instrumento está compuesto por diez ítems, y ha sido utilizado a lo largo de numerosos estudios con diferentes poblaciones (Breytspraak y George, 1982). Los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). La escala muestra unas excelentes propiedades psicométricas y en nuestro estudio su consistencia interna (α) fue de 0,86.

Depresión. Se empleó la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (1965). Esta escala ha sido traducida y validada al castellano por Conde, Esteban y Useros (1976) y está compuesta por 20 ítems que incluyen afirmaciones como "me siento triste y deprimido" o "me cuesta mucho dormir". Los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (muy poco tiem-

po/muy pocas veces/raramente) y 4 (siempre/habitualmente/todo el tiempo). La escala mostró una muy buena consistencia interna ($\alpha = 0,85$).

Acción social. Los participantes respondieron empleando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (nunca) y 4 (habitualmente) a las dos siguientes preguntas: "¿has trabajado con otras personas de tu entorno para intentar resolver los problemas de la sociedad?" y "¿has realizado algún trabajo social como voluntario en una ONG o asociación?". Dada la alta correlación entre ambas respuestas ($r = ,78$ $p < ,01$) se creó un único índice.

Acción social reciente. Los participantes respondieron a la siguiente pregunta: "En los últimos doce meses, ¿cuánto tiempo en horas crees que has dedicado a realizar algún trabajo social voluntario?". El formato de respuesta fue abierto y se codificó el número de horas como una variable continua.

Salud Física Percibida. Los participantes respondieron a la siguiente afirmación: "Consideras que tu estado de salud física es". Los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (excelente) y 5 (malo).

Número de Visitas al Médico. Se pidió a los participantes que señalaran el número de veces que habían acudido a algún médico (de familia, especialista, urgencias, ingreso hospitalario...) durante el último año.

Tabla 1
Correlaciones de las Dimensiones de Bienestar Social con las Diferentes Escalas Empleadas

	Integración	Aceptación	Contribución	Actualización	Coherencia
Anomia	-,113*	-,422**	-,183**	-,381**	-,259**
Seg. Vecindario	,198**	,209**	,088	,215**	,149**
Aportación	,334**	,193**	,443**	,264**	,185**
Limitaciones	-,247**	-,183**	-,211**	-,260**	-,329**
Autoestima	,342**	,168**	,310**	,329**	,335**
Depresión	-,275**	-,266**	-,278**	-,360**	-,325**
Acción Social	,169**	,187**	,323**	,112*	,142**
AS reciente	,115*	,032	,145**	0	,028
Salud percibida	,103*	,024	,098*	,132**	,114*
Visitas médico	,043	,047	,008	,089	,125**
Afecto Positivo	,333**	,138**	,219**	,293**	,208**
Afecto Negativo	-,243**	-,201**	-,182**	-,320**	-,267**
Bienestar	,302**	,172**	,225**	,322**	,179**
Satisfacción	,340**	,088	,242**	,284**	,157**

*p< .05

**p< .01

Resultados

En la Tabla 1 se ofrece un amplio panorama de las correlaciones lineales entre la construcción psicológica del ordenamiento social (el bienestar social, en los términos formulados por Keyes, 1998), y las escalas con cuya ayuda hemos abordado algunas dimensiones de la salud.

Más allá de los datos concretos, lo primero que es necesario reseñar es la generalizada y significativa relación que a primera vista existe entre las cinco dimensiones del bienestar social y la mayoría de 14 escalas a las que han respondido los sujetos de nuestra muestra. Resulta muy llamativo cómo las diversas maneras de percibir, insertarse y vivir el orden social guardan relación con la depresión, con la autoestima, con el sentimiento de verse socialmente útil y necesario

(aportación), con la anomia, con una cierta sensación de indefensión y fatalismo (limitaciones), con los afectos negativos y con los afectos positivos, con el sentimiento generalizado de bienestar y con la satisfacción que nos procura nuestra vida, dibujando un panorama que, no por conocido, deja de ser altamente significativo.

Dentro de este panorama general hay algunos datos que merecen una atención detallada. Las relaciones que se nos ofrecen la autoestima y la depresión con las cinco dimensiones del bienestar social, son, globalmente consideradas, las más sólidas y consistentes, siendo en todos los casos altamente significativas ($p < ,01$). Era esperable que así fuera, ya que la auto-estima se ha revelado como una de las variables más estrechamente relacionada con las diferentes medidas del bienestar, y la depresión es,

probablemente, uno de los indicadores más sólidos de la salud mental.

Respecto a la auto-estima, los datos indican que son las dimensiones de integración, de coherencia y de actualización sus referentes más significativos. Las personas con un alto sentimiento de pertenencia, con lazos y vínculos sociales sólidos (integración social), con un manifiesto propósito e interés por dotar a su vida y al mundo en que viven de sentido y significado (coherencia), y confiadas en el futuro de la sociedad y en su capacidad para producir bienestar (actualización) son las que parecen disponer de un sentimiento y de una imagen más positiva de sí mismas. Todo ello constituye una garantía para el bienestar, y una puerta abierta para una salud mental positiva. En ese mismo sentido y dirección, y con parecida intensidad, se nos muestran otras dos escalas: la aportación y el afecto positivo.

La primera viene a señalar, de manera que se nos antoja muy coherente, que las personas que se sienten útiles y provechosas para el bien común suelen disponer al mismo tiempo de un alto sentimiento de pertenencia ($r = ,334$, $p < ,01$ entre la medida de aportación social y la dimensión de integración social) en una especie de juego de intercambio recíproco (tengo apoyo-presto ayuda), y confían en el progreso social y en la sociedad como fuente de bienestar ($r = ,264$, $p < ,01$ entre aportación y la dimensión de actualización social).

Por lo demás, las personas que sienten su vida rodeada de afectos positivos suelen coincidir, como era de esperar, con aquellas que tienen un alto sentimiento de pertenencia ($r = ,333$, $p < ,01$ entre afecto positivo y la dimensión de integración), confían en la dinámica social ($r = ,293$, $p < ,01$ entre afecto positivo y la dimensión de actualización social), y sienten que su vida y su actividad son de alguna utilidad para el bien común ($r = ,219$, $p < ,01$ entre afecto positivo y la dimensión de contribución social).

A pesar de los problemas que arrastran las escalas de ítem único, la que hemos empleado para medir el bienestar ha tenido un comportamiento mejor del esperado ofreciendo relaciones positivas y altamente significativas en todos los casos ($p < ,01$), en especial con la dimensión de actualización social ($r = ,322$, $p < ,01$), lo que viene a reforzar, una vez más, la importancia de la percepción y experiencia de las personas en los terrenos de lo macrosocial. Debido a la naturaleza de esta medida, lo que realmente nos interesa es resaltar cómo la consistencia y firmeza en el bienestar social, definido en términos de percepciones y experiencias positivas, puede ser capaz de minimizar o relativizar el impacto, siempre posible y difícilmente controlable, de experiencias negativas en los últimos días. Algo parecido ocurre con los resultados que se desprenden de la escala de satisfacción de Diener: en todos, excepto en la dimensión de aceptación social, aparecen relaciones positivas que se muestran con una especial intensidad en

las dimensiones de integración ($r = ,340$, $p < ,01$) y de actualización social ($r = ,284$, $p < ,01$). Las personas que se muestran satisfechas con su vida, que sienten haber conseguido las metas deseadas y que repetirían uno por uno los pasos dados, parecen disponer de un sólido sentimiento de pertenencia, de lazos sociales firmes (integración), y estar confiadas en el futuro de progreso que le puede deparar la sociedad (actualización social).

De otra parte, y de una manera igualmente significativa, la Tabla 1 nos ofrece datos respecto a la colisión que se produce entre las dimensiones psicológicas del orden social y la escala de depresión. Todas ellas arrojan resultados significativos, pero de nuevo es necesario destacar que lo hacen con una intensidad especial aquellos aspectos que remiten a creencias y/o experiencias que tienen un referente macrosocial (actualización social y coherencia social), de suerte que las personas que encuentran dificultades en encontrarle un sentido a la vida y al mundo en el que viven, o que lo han perdido de pronto debido a la sacudida de un evento traumático, alcanzan puntuaciones más altas en la escala de depresión ($r = ,325$, $p < ,01$ entre la escala de depresión y la dimensión de coherencia social). Otro tanto les ocurre a quienes sienten que todo lo que sucede a su alrededor lo define el más puro azar, y que es el desorden y el desconcierto el que maneja la dinámica social ($r = ,360$, $p < ,01$ entre la escala de depresión y la dimensión de actualización social).

Relaciones igualmente significativas es posible observar entre la medida de depresión utilizada y la ausencia de lazos y vínculos sociales que garanticen un mínimo nivel de apoyo social (integración), la falta de confianza en los otros (aceptación), y en nuestras posibilidades de colaborar al bien común (contribución social). Se trata, por otra parte, de resultados esperados que cuentan con amplio respaldo en la investigación clínica.

Como era de esperar, en el mismo sentido que la depresión, aunque con menor intensidad, se muestran la anomia, las limitaciones, y el afecto negativo, conformando así un bloque tan coherente, bien que de signo distinto, como el que nos han ofrecido la auto-estima, el afecto positivo, la aportación, la satisfacción, y el bienestar. Las personas que ven el futuro lleno de sombras y piensan que la tendencia es ir siempre a peor, es muy posible que sean las mismas que se sienten inútiles, desesperanzadas y tristes (afecto negativo); las mismas que al mismo tiempo creen que resulta imposible poner orden y control en su existencia porque tienen la sensación de que es el azar o alguna fuerza incontrolable la que domina irremediablemente su vida (limitaciones). Todo ello les conduce a una llamativa falta de confianza en sí mismas ($r = ,422$, $p < ,01$ entre anomia y la dimensión de aceptación), a una carencia de sentido en su vida y en la sociedad que las cobija ($r = ,329$, $p < ,01$ entre limitaciones y la dimensión de coherencia social), y a una desconfianza inquietante.

ta y desesperanzada respecto a la capacidad de progreso y desarrollo que ofrece la sociedad ($r = ,320$, $p < ,01$ entre afecto negativo y la dimensión de actualización).

También merecen atención los datos sobre acción social. Todas las dimensiones del bienestar social presentan correlaciones significativas con la implicación en la solución de problemas sociales, dejando la impresión, nada extraña, de que las personas en las que concurren una percepción y experiencia positiva del mundo y del orden social y disfrutan, por tanto, de un buen nivel de bienestar social, se implican en la transformación y en el cambio social. Sin embargo, estas conductas destinadas a resolver los problemas de la sociedad parece que sólo permanecen de manera reciente en aquellas personas que se sienten útiles a la colectividad y confiadas en sus posibilidades ($r = ,145$, $p < ,01$ entre acción social reciente y la dimensión de contribución) y que se encuentran socialmente integradas.

Finalmente, todas las escalas de bienestar social, excepto la de aceptación, mostraron relaciones significativas con la salud física percibida. Sin embargo, si en lugar de considerar la salud percibida, tenemos en cuenta un indicador objetivo (número de visitas al médico), el panorama muestra una cierta desolación que solo se reconduce cuando tomamos en consideración la coherencia social. Es algo más que una anécdota, porque el sentido y el significado que damos a nuestra vida y al mundo que nos rodea es un buen indicador

de salud. Eso lo sabemos porque el trauma acostumbra a derrumbar los significados y a arruinar las metáforas de nuestra existencia.

SEGUNDO ESTUDIO

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, y para profundizar en la relación existente entre los indicadores de salud auto-informados propuestos por Keyes y un indicador objetivo, número de visitas al médico, desarrollamos un segundo estudio en el que incluimos además de las medidas de Bienestar Social empleadas en el primer estudio, el resto de dimensiones propuestas por el Modelo del Estado Completo de Salud. Nuestra hipótesis, de acuerdo a los resultados encontrados en el primer estudio, es que la coherencia social será el indicador que mostrará la relación más fuerte y significativa con el número de visitas al médico.

Método

Participantes y procedimiento.

En este estudio participaron voluntariamente 302 sujetos (168 hombres y 134 mujeres) con edades comprendidas entre 18 y 72 años ($M = 32$; $D. T. = 13$). Un 4% de la muestra señaló que su unidad familiar contaba con ingresos de menos de 12.000 euros, un 19 % con ingresos comprendidos entre 12.001 y 20.000 euros, un 45% con ingresos comprendidos entre 20.001 y 40.000 Euros, y un 32% con ingresos superiores a 40.000

euros. Respecto a su nivel máximo de estudios, un 53% había realizado estudios de bachillerato, un 25% eran diplomados o equivalentes, y un 22% eran licenciados o poseían titulaciones superiores. Se empleó el mismo procedimiento que en el estudio anterior.

Medidas

Bienestar Social, Satisfacción con la vida y Afecto Positivo. Se utilizaron las mismas medidas que en el estudio anterior.

Bienestar Psicológico. Se empleó la versión propuesta por Díaz et al. (en prensa) de las Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). El instrumento cuenta con un total de seis escalas (Autonomía, Autoaceptación, Relaciones Positivas, Dominio del entorno, Propósito en la vida, y Crecimiento Personal) y 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). Todas las escalas mostraron una buena consistencia interna con valores α comprendidos entre 0,83 y 0,70.

Número de visitas al médico. Se empleó la misma medida que en el estudio anterior.

Resultados

Para analizar la relación existente entre las trece variables de salud

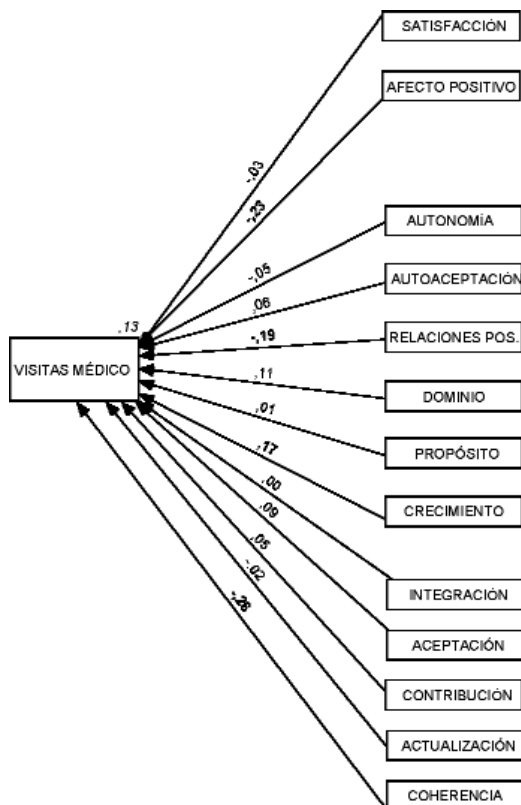
mental y el número de visitas al médico se realizó un análisis path empleando el programa AMOS 5.0 (método de estimación: máxima verosimilitud).

Como puede observarse en la Figura 1, y de acuerdo con nuestra hipótesis, la dimensión de coherencia social (una dimensión del bienestar que pasa a formar parte de las dimensiones diagnósticas de salud mental) fue la que presentó una relación más clara con el número de visitas al médico ($b = -,26, p < ,001$). Únicamente otros tres indicadores mostraron relaciones significativas con esta variable: el afecto positivo ($b = -,23, p < ,01$), las relaciones positivas ($b = -,19, p < ,05$) y el crecimiento personal ($b = ,17, p < ,05$). Las trece dimensiones explicaron, en total, un 13% de la varianza de la variable visitas al médico ($CMC = ,13$).

Discusión

El orden social no solo ofrece datos susceptibles de convertirse en estadísticas; también está en la mente de cada uno de nosotros. Ese sería el matiz, nada objetivo por cierto, que es necesario introducir desde la Psicología a la propuesta de Durkheim, y este podría ser también el resumen más acertado de lo que modestamente hemos pretendido a lo largo de este trabajo. En el intento por limar el determinismo holista de Durkheim, hemos querido echar mano de las dimensiones del bienestar social propuestas por Keyes (1998)

Figura 1
Análisis path de la relación entre los diferentes síntomas de salud y el número de visitas al médico



Nota: En la figura se presentan los coeficientes de regresión estandarizados y, en cursiva, la CMC de la variable dependiente. Los coeficientes en negrita indican relaciones significativas ($p < ,05$). Los coeficientes sin resaltar indican relaciones no significativas.

que nos han permitido hablar de algunos de los componentes del orden social no tal y como ellos propiamente son, sino tal y como son vividos, experimentados y percibidos por los sujetos. Nos permiten pasar, al modo kantiano, del hecho en sí al hecho percibido, un paso por cierto que ha resultado decisivo para la Psicología.

Este hecho nos permite avanzar desde las directrices de un modelo lineal a una perspectiva relacional que, como ninguna otra, es la que con más entereza define la naturaleza de la perspectiva psicosocial. Como apuntara Tajfel (1984), se trata de ver en qué medida determinados aspectos del funcionamiento

psicológico humano (la satisfacción, auto-estima, la depresión, la anomia, el bienestar, son algunos de los que hemos manejado) moldean y son a su vez moldeados por los acontecimientos a gran escala, y a pequeña escala, que nos rodean; hasta dónde pueden verse afectados algunos aspectos de nuestra salud por los sentimientos de confianza o desconfianza, por la percepción del sentido y del control, o por la experiencia de apoyo que despierta en nosotros el mundo interpersonal y la realidad social en la que estamos inmersos.

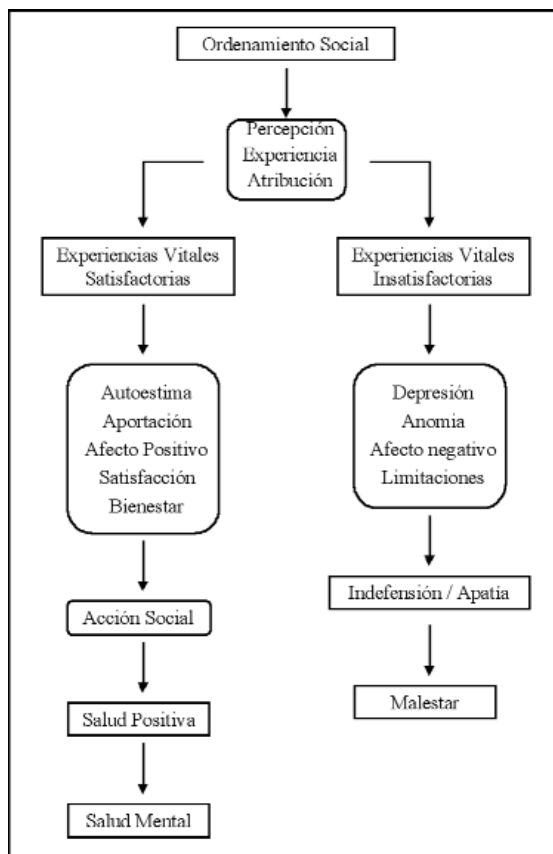
Los datos que hemos ofrecido, más allá de su concreción cuantitativa, se dejan claramente interpretar en términos de una asociación entre determinados estados psicológicos (auto-estima, depresión, satisfacción, bienestar) y la experiencia y percepción de algunos de los componentes del ordenamiento social del que formamos parte. Puede parecer una tautología subjetivista y psicologicista, pero está lejos de serlo, porque tan cierto es que la percepción puede prescindir de los datos que ofrece la realidad, dando lugar con ello a un subjetivismo psicologicista extremo, como que lo que percibimos y sentimos no puede ser ajeno por completo a los hechos de la realidad interpersonal y social que nos rodea. La perspectiva relacional en la que nos hemos instalado, que no es sino una perspectiva socio-histórica, defiende la segunda de las hipótesis: el sentimiento de integración, de confianza en los otros y en la sociedad, de auto-eficacia y capacidad de con-

trol, de utilidad social, y de sentido de nuestra vida reflejan, en una medida tan personal como socialmente compartida, las características objetivas de esa estructura y ordenamiento social al que venimos haciendo referencia desde los primeros párrafos de este trabajo.

Es posible que no sea el único, pero sin duda uno de los caminos para remediar el mal pasa por dar consistencia y dotar de coherencia a la realidad social que nos envuelve, especialmente a aquella que se encuentra más cercana a nuestra piel (los grupos a los que pertenecemos). Esta idea, que atraviesa la propuesta teórica de Durkheim desde "La división del trabajo social" (1893) hasta "Las formas elementales de la vida religiosa" (1912), pasando naturalmente por "El Suicidio" (1897), admite hoy una lectura mucho más pertinente. Desde un modelo de salud positiva, el ordenamiento social actúa no solo como bálsamo contra los malos tragos que nos depara la vida, sino como garantía para instalar dentro de ella satisfactorios niveles de bienestar, para la construcción de condiciones positivas para la salud, en palabras de Seligman y Csikszentmihalyi, (2000).

Esta es la idea que queremos reflejar en la Figura 2, teniendo en cuenta, como no podía ser de otra manera, los datos que venimos manejando en la Tabla 1. Partiendo del orden social en tanto que es percibido a lo largo de las dimensiones que definen el bienestar social, los datos que hemos ofrecido nos

Figura 2
Percepción del orden social y experiencias vitales satisfactorias e insatisfactorias



permiten establecer una clara diferencia entre experiencias vitales satisfactorias (Fierro, 2004) que las personas han ido acumulando en su vida interpersonal y social, y experiencias vitales insatisfactorias que han jalonado su vida. La propuesta de Fierro nos parece en este contexto especialmente pertinente: “Desde luego no es posible definir la salud mental sin alguna referencia

al bienestar personal o a una felicidad que incluye cierto grado de calidad en experiencias vitales satisfactorias” (Fierro, 2004, p. 7). Por su parte, tampoco sería posible definir el malestar psicológico sin referencia a experiencias vitales insatisfactorias. Dichas experiencias penden tanto del bienestar personal como de la adaptación social: ambos, sostiene Fierro (2004), se

postulan como los más claros indicadores en la bipolaridad salud-trastorno mental. Nuestros datos alimentan el protagonismo de la adaptación social, de suerte que las experiencias a las que aludimos, sin dejar de ser vitales, son primeramente experiencias sociales, o si se prefiere, experiencias de "lo social", tanto en las distancias largas (actualización o coherencia social, como en sus distancias cortas (integración o contribución social), en sus relaciones interpersonales, como en sus relaciones con lo social en su sentido más abstracto.

La percepción y/o experiencia positiva de las características del ordenamiento social (las experiencias sociales satisfactorias) se saldan de manera claramente beneficiosa para nuestro funcionamiento psicológico, tal y como queda reflejado en las respuestas de los sujetos empleados en nuestra muestra a las escalas que miden la autoestima, la experiencia de ser socialmente útil, la satisfacción con nuestra vida, el sentimiento global de bienestar, y el afecto positivo. También parecen hacerlo, en esa misma dirección positiva, con la salud física, o con uno de sus indicadores más objetivos, el de las visitas al médico, tal y como se ha puesto de manifiesto en el Estudio 2. Es en este sentido, y con el cuidado y la modestia que requiere toda interpretación de datos, en el que podríamos volver sobre el "optimismo inteligente" de Avia y Vázquez (1998): las visitas al médico, un indicador objetivo de salud, parecen avenirse mal con la existencia de relaciones positivas

con los otros definidas por sentimientos de cercanía, empatía e intimidad, y todavía peor con emociones de alegría, buen humor, satisfacción con la vida, sosiego, etc., con emociones positivas, en una palabra. Cuando, por razones que no han sido objeto de estudio en este trabajo, aunque algunas de ellas son bien conocidas (los eventos traumáticos, sin ir más lejos), nuestra experiencia adquiere tonos sombríos hacen acto de presencia síntomas de depresión, desconfianza respecto al futuro, desesperanza, y sentimientos de indefensión e inutilidad. Estos son, sin duda, los datos que protagonizan la investigación que tenemos entre manos: la importancia que entraña para la salud positiva las experiencias sociales satisfactorias: sentir el calor, el apoyo y la cercanía de los tuyos, confiar en ellos, sentir el placer y la satisfacción de contribuir a la solución de los problemas que los aquejan, confiar en el futuro de la sociedad en la que vives, ver que tu vida no ha sido en balde, y ser capaz de encontrarle un sentido a ese mundo tan convulso que nos rodea.

Más allá de los datos empíricos que avalan estas afirmaciones, estamos frente a un síntoma, a una de las muchas señales que avalan de manera inequívoca la necesidad de contar con el orden social psicológicamente mediado (la percepción y experiencia que de él tienen los sujetos) a la hora de abordar el estudio de la salud. De entre todas ellas, hay una que, pese a los problemas que plantea su medición, merece un comentario singular, por-

que singular es también el lugar en la que la hemos ubicado. Se trata de la acción social, variable clave en la salud positiva, que nos remite a una antigua y recia convicción vygotskiana: la creencia en la capacidad de las personas para modificar el medio que las rodea. Los animales “se adaptan pasivamente al medio; el ser humano adapta activamente el medio a sí mismo” (Vygotski, 1991, p. 46). El sujeto como agente de su propia conducta (de su propia salud) y la implicación de las personas en la solución de los problemas que aquejan a la sociedad en la que viven parecen tener algo que ver con el sentimiento de pertenencia (con una experiencia satisfactoria de la pertenencia social), con sentir el calor y el apoyo de los nuestros, con la confianza que depositamos en los otros, y con el sentido que le damos al mundo en el que vivimos.

En “La división del trabajo social”, un texto clave en la teoría

social, Durkheim sigue llamando la atención sobre la importancia que reviste la participación en la vida social, la conexión de las personas con los procesos sociales, y la presencia de esos “... lazos que ligan al individuo a su familia, al suelo natal, a las tradiciones que le ha legado el pasado, a los usos colectivos del grupo” (Durkheim, 1982, p. 470). Estamos hablando una vez más de la integración social, y estamos, de paso, abriendo de par en par las puertas a la consideración de otro elemento del orden social como bienhechor de la salud: los rituales como mecanismos de solidaridad de los que se extrae “una impresión de bienestar”. Esa es una de las hipótesis que mantiene Durkheim en “Las formas elementales de la vida religiosa”, y sobre ella se han trabajado recientemente algunos aspectos del trauma derivados de los atentados del 11-M (ver Jiménez, Páez, y Javaloy, 2005). Pero esa es ya otra historia.

REFERENCIAS

- Alvaro, J.L., Torregrosa, J.R., y Garrido, A. (1992). Estructura social y salud mental. En J.L. Álvaro, J.R. Torregrosa, y A. Garrido (Eds.), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental* (pp. 9-30). Madrid: Siglo XXI.
- Andrews, F.M. y Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well-being. En J.P. Robinson, P.R. Sharer y L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 61-114). San Diego: Academic Press.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- 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.
- Avia, M^a. D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.
- Barrón, A., y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.
- Belle, D. (1990). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45, 385-398.
- 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, 582-589.
- Breytspraak, L.M., y George, L.K. (1982). Self-concept and self-esteem. En D. J. Magen y W.A. Peterson (Eds.), *Research instruments in social gerontology: Vol. 1. Clinical and social psychology* (pp. 241-302). Minneapolis: University of Minnesota 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.
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Conde V., Esteban T., y Useros, E. (1976). Evaluación crítica de la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung: experiencia propia y revisión de la literatura. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 842-857.
- Davis, J., y Smith, T. (1994). *General Social Surveys, 1972-1994: Cumulative Codebook*. Chicago: National Opinion Research Center. University of Chicago.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y van Dierendonck, D. (en prensa). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Durkheim, E. (1928). *El suicidio*. Madrid: Editorial Reus.

- Durkheim, E. (1982). *La división del trabajo social*. Madrid: Akal.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.
- Faris, R., y Dunhan, H. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: Chicago University Press.
- Fierro, A. (2004). Salud mental, personalidad sana, madurez personal. Ponencia Congreso "¿Hacia dónde va la Psicología?". Santo Domingo, septiembre, 2004.
- Hollingshead, A., y Redlich, F. (1958). *Social Class and Mental Illness: A community study*. Nueva York: Wiley.
- Jiménez, A., Paéz, D., y Javaloy, F. (2005). Correlatos psicosociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de marzo. *Revista de Psicología Social*, 20, 263-276.
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- 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., Shmotkin, D., y Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C., y Shapiro, A. (en prensa). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. En O. Brim, C. Ryff, y R. Kessler (Eds.), *Midlife in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lachman, M.E. y Weaver, S.L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763-773.
- McAdams, D., y Aubin, E. (1992). A Theory of Generativity and Its Assessment through Self-Report, Behavioral Acts, and Narrative Themes in Autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015.
- Miller, G. (1969). Psychology as a Means of Promoting Social Welfare. *American Psychologist*, 24, 1063-1075.
- Pérez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sánchez, E., Garrido, A., y Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18, 17-33.
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M.

(2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Seligman, M., Steen, T., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

Snyder, C., y López, S. (Eds.). (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Vygotski, L. (1991). La conciencia como problema de la Psicología del comportamiento (pp.39-60). En L.S. Vygotski, *Obras Escogidas, Vol. 1*. Madrid: Visor.

Zung, W.K. (1965) A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.