
Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 3

Septiembre de 2014

CONSIDERACIONES ACERCA DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Amparo Fernández González¹, Carmen Regina Victoria García-Viniegras² y Alexis
Lorenzo Ruiz³

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana
Cuba

RESUMEN

El presente artículo analiza algunos principios teóricos formulados alrededor de la categoría bienestar, desde tiempos de Aristóteles con una óptica filosófica, hasta nuestros días, con un abordaje desde la ciencia psicológica. Considerando la importancia que para toda persona tiene la felicidad, se examinan estudios realizados desde la Psicología Positiva (enfoque salutogénico) y autores que sirvieron de antecedentes. Se explican teorías aportadas por investigadores en la última década, tales como Robert Sternberg, Albert Bandura, Howard Gardner, y los significativos aportes de Carol Ryff y Ed Diener. Dentro de la Psicología Humanista se ofrecen los principios de González Serra que destaca la influencia social y la autorealización mediante la satisfacción armónica de las necesidades humanas. Según los autores de este artículo, el bienestar psicológico, posee carácter subjetivo con una determinación histórico-cultural, en el cual influyen variables personológicas. El bienestar parte de las satisfacciones y se vincula a los afectos. El bienestar psicológico es considerado la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia subjetiva relativamente estable, que se produce en relación

¹ Licenciada en psicología. Especialista Meetings & Events. Melia Hotels International Cuba. Correo electrónico: amparo.fernandez@meliacuba.com

² Licenciada en psicología. Especialista en Psicología de la Salud, Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora e Investigadora Titular. Profesora Consultante. Facultad Dr. Miguel Enríquez, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Correo electrónico: carmenregina@infomed.sld.cu

³ Licenciado en psicología. Especialista en Psicología de la Salud, Doctor en Ciencias Psicológicas, Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. Correo electrónico: alexis.lorenzo@psico.uh.cu

con un juicio de satisfacción en las áreas vitales de mayor significación para cada individuo. Se reconoce la influencia recíproca entre bienestar psicológico y salud de los individuos y comunidades.

PALABRAS CLAVE:

Bienestar Psicológico, Felicidad, Calidad de vida subjetiva, Psicología de la Salud.

THINKING ABOUT PSYCHOLOGICAL WELLBEING

ABSTRACT

This paper deals with some theoretical principles stated around the category well-being, from Aristotle's time, with a philosophic view, until today, with an approach from psychological science. Regarding the importance of happiness for people, studies inside Positive Psychology are examined (with a healthy approach), as well as their preceding authors. Theories in the last decade by some other researchers such as Robert Sternberg, Albert Bandura, Howard Gardner are explained, and the significant contributions of Carol Ryff and Ed Diener. Inside Humanistic Psychology theoretical elements, underlined by González Serra, are analyzed. He emphasizes social influence and self achievement by harmonic satisfaction of all human needs. According to the authors of this article, psychological well-being has a subjective character with a sociocultural determination, influenced by personal variables. Well-being begins from satisfactions and it is linked emotional states. Psychological well-being is considered the subjective dimension of quality of life, its relatively stable subjective experience, which occurs in relation to a judgment of satisfaction in the vital areas of greater significance for each individual. It is recognized a reciprocal influence between psychological well-being and individual and community health.

KEY WORDS:

Psychological Wellbeing, Happiness, Subjective Quality of Life, Health Psychology.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el concepto más empleado, como forma de estudiar la felicidad humana, es el de bienestar, que ha emergido como área de interés investigativo dentro de las ciencias sociales, a partir de su relevancia en el estudio de la calidad de vida subjetiva (Diener et al., 1999).

La felicidad resulta un concepto complejo, multifacético, que representa relaciones complejas entre diferentes fenómenos de la realidad, difíciles de atrapar, de medir, de evaluar; y cuya conceptualización ha pertenecido más al ámbito de la Filosofía (Marimón, 2006). Mientras que el bienestar subjetivo constituye un área general de interés científico, en tanto es una estructura que incluye las respuestas emocionales de las personas, los juicios globales de satisfacción, y atendiendo a dominios específicos (Diener et al., 1999).

Según Vázquez (2006), preocuparse por la felicidad, como ciudadanos pero también como científicos, no es una actividad de ociosos ilusos y bien humorados, porque indagar acerca de las condiciones que hacen felices a las personas y lo que hace más dichosa a una sociedad, constituye un reto moral.

La introducción tardía de la categoría psicológica del “bienestar” dentro del campo de estudio de la ciencia psicológica, ha obedecido en gran medida al rol curativo tradicional asignado a esta disciplina, otorgando mayor atención a los estados psicológicos patológicos, que al estudio de los factores que favorecen el desarrollo del bienestar personal y el mantenimiento de una vida sana y feliz. Investigaciones científicas han demostrado que el bienestar de las personas tiene beneficios a medio plazo en forma de estabilidad y satisfacción familiar, de satisfacción en las relaciones interpersonales, de rendimiento a nivel laboral, de buena salud y mayor longevidad (Lyubomirsky, 2001).

Así, no es hasta la década del 90 del pasado siglo que la American Psychological Association (APA) establece como objetivos prioritarios de la disciplina, comprender y evaluar la interacción existente entre el estado bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.

ENFOQUES TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO DEL BIENESTAR

En la antigüedad, los pensadores dentro de la perspectiva eudaimónica, partían de los conceptos “sumo bien” y “felicidad suma” planteados por Aristóteles. Para ellos la felicidad es la finalidad de la existencia humana, siendo el único valor suficiente en sí mismo, en tanto una vez alcanzado, nada más es deseado. Por tanto, esta no se sustenta en la riqueza material, ni en el placer, ni siquiera en la mera virtud; sino que radica en la obra superior o misión del hombre perfecto, que consiste en el excelente cumplimiento de la actividad racional, a partir de la concordancia de cada obra con la virtud. Bajo estas circunstancias las personas experimentan un estado supremo de felicidad (Placer, 2004). Esta perspectiva enfatiza el crecimiento personal, el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades individuales. Se reconoce el papel de las metas, los logros, las emociones relacionadas con el propio talento y las habilidades, en la búsqueda constante de la autorrealización, de un estado óptimo de satisfacción (Marimón, 2006). Como podrá apreciarse esta línea de pensamiento se acerca a los conceptos de autorrealización de Maslow y al de bienestar personal propuesto por Ryff y Keyes (Marimón, 2006). Estos últimos proponen la autonomía, el crecimiento personal, la autoaceptación, los propósitos en la vida, el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás, como los aspectos esenciales que conforman el bienestar personal (Ryff y Keyes, 1995).

Otros pensadores antiguos, dentro de la corriente hedonista, como por ejemplo Arístipo, parten de la convicción de que el objeto de conocimiento solo puede ser el bien accesible. Como el único instrumento de conocimiento, según este filósofo, son nuestras sensaciones; y como a través de ellas no se perciben las propiedades de las cosas, sino solo nuestros propios estados; solo puede ser

criterio del bien, el placer o el dolor que experimentamos. Desde esta lógica de pensamiento el placer se conoce solamente en el presente, por lo que solo aquel que se experimenta en un instante concreto tiene valor, pudiendo ser objeto de nuestras aspiraciones.

Partiendo de esta convicción, el principal propósito en la vida es la búsqueda del placer, de la satisfacción de los deseos personales inmediatos; siendo considerada la felicidad como la totalidad de momentos de placer o hedónicos (Padrós, 2002).

Estos postulados recibieron innumerables críticas por parte de Aristóteles, quien los catalogaba como un ideal vulgar que convierte a los hombres en esclavos de sus propios deseos. Sin embargo, encontraron importantes seguidores en otros sistemas filosóficos. Entre los más destacados se encuentran los filósofos británicos pertenecientes a la corriente “*utilitarista*”, desde David Hume a finales del siglo XVII pasando por James Mill, Jeremy Bentham y John Stuart Mill, hasta Henry Sidgwick, en tiempos más recientes. Ellos propusieron la doctrina del hedonismo universal, en la que se concibe el placer y la felicidad como el fin único de toda acción humana, tanto a nivel individual como social, conocida como utilitarismo, (Padrós, 2002).

El análisis de las conceptualizaciones de felicidad propuestas por ambas perspectivas conduce a la identificación de algunos aportes y limitaciones.

En la perspectiva eudaimónica se define la felicidad en términos normativos, estableciendo un modelo de “*vida virtuosa*”, que pauta lo que resulta bueno, deseable y aceptable. Es considerada, además, como un ideal que sólo pueden alcanzar aquellas personas que se centren en la búsqueda constante de la perfección y que lleven una vida dedicada a la reflexión. Por tanto, en esta conceptualización está explícita la desigualdad social, siendo la felicidad un privilegio, sólo, para el hombre sabio. No obstante, al reconocer la idea de que el

óptimo funcionamiento psicológico no se reduce a momentos hedónicos de placer, sino que comprende también la búsqueda de una actividad con sentido, que requiere esfuerzo y responsabilidad; enfatiza la importancia de la autorrealización y del planteamiento de objetivos y de metas para alcanzar un estado de satisfacción. Otro aspecto relevante, en consonancia con el anterior, es la significación que se le confiere a la integración y coherencia entre la realización personal y los sistemas de valores.

Por su parte, la perspectiva hedonista encuentra vigencia en los modelos teóricos actuales que enfatizan en las evaluaciones afectivas, es decir en el análisis de las experiencias o predisposiciones placenteras y en las diferencias en estados emocionales. Sin embargo, su principal limitación radica en la reducción de la felicidad a momentos hedónicos de placer.

Recientemente la *Psicología Positiva* se ha convertido en un marco apropiado para los estudios sobre bienestar subjetivo, pues estudia las bases del bienestar psicológico y de la felicidad así como las fortalezas y virtudes humanas. Este enfoque es denominado por algunos autores como salutogénico. Pueden considerarse antecedentes de esta corriente de pensamiento en psicólogos como Abraham Maslow o Carls Rogers, pertenecientes a la corriente llamada *Psicología humanista*. Desde entonces, la Psicología se ha dado a la tarea de estudiar todas aquellas fortalezas, virtudes, talentos y actitudes que mejoran el rendimiento, aumentan la felicidad o hacen al individuo más fuerte antes las circunstancias de la vida. Se han estudiado tópicos, tales, como: el optimismo, la resiliencia, los estados de flujo, el sentido del humor o el poder de la inteligencia emocional. Sin embargo, quizás lo más importante ha sido la categorización de aquellas fortalezas psicológicas que ayudan a triunfar en la vida (Hervás, 2009). Otros antecedentes son identificados en los planteamientos de Robert Sternberg, Albert Bandura, Howard Gardner, Carol Ryff o Ed Diener (Hervás, 2009).

Todos estos elementos están relacionados con: el estudio de las experiencias subjetivas positivas (felicidad, placer, satisfacción, bienestar), de los

rasgos de personalidad positivos (carácter, talentos, intereses, valores) y de las instituciones (familias, colegios, negocios, comunidades, sociedades) que posibilitan los rasgos positivos y dan lugar, por tanto, a experiencias subjetivas positivas.

Según Lyubomirsky (2001), el objeto central de todo aquel que estudie la felicidad humana, es dar respuesta a la pregunta de por qué algunas personas son más felices que otras, lo cual resulta de suma importancia para la comprensión de la subjetividad humana en toda su complejidad. Por su parte, Cuadra y Florenzano (2003) consideran que constituye un emergente frente al énfasis en los estudios de estados negativos, ofreciendo una mirada centrada en el funcionamiento positivo del ser humano. Esta perspectiva se vincula al concepto de salud definida, no negativamente (ausencia de enfermedad), sino positivamente (buena salud, bienestar).

Entre los antecedentes del estudio de las bases del bienestar se encuentra el desarrollado por Carol Ryff (1995). Este modelo sugiere que el elemento hedónico (el balance entre las emociones positivas y negativas) puede ser independiente del bienestar. Es decir, una persona podría sentirse plena de bienestar psicológico y experimentar frecuentes emociones negativas y pocas emociones positivas debido a las circunstancias por ejemplo, trabajo con grandes retos y dificultades.

Plantea seis dimensiones básicas que delimitarían el bienestar: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal. Estudios posteriores han utilizado el cuestionario propuesto por la autora (Díaz, 2001).

Existe un grupo importante de investigadores que se interesa en el estudio de las condiciones subjetivas asociadas al Bienestar, a la Felicidad o a la Satisfacción con la Vida (Diener, 2000).

Desde la perspectiva de la Psicología humanista, el bienestar psicológico puede ser considerado como aquella meta global a lograr por el hombre para sí mismo y para su Comunidad, mediante la formación de un ser humano espiritualmente superior. Según González Serra ese ideal de ser humano a lograr debe contemplar lo siguiente:

1) El predominio de la orientación social (altruista y colectivista) en la jerarquía reguladora, lo cual supone que la satisfacción de las necesidades individuales de bienes y de posición o prestigio social sea fundamentalmente un medio o vía para el logro de los ideales, Esta orientación social supone una relativa armonía en la satisfacción de las necesidades sociales e individuales

2) La orientación autónoma de la personalidad. La elaboración personal de proyectos autónomos centrados en el altruismo y en la obra social, (pero que también expresen las necesidades individuales) y el predominio del afán de auto realización de estos proyectos, aunque deben ser armonizados con las exigencias y posibilidades externas.

3) La creatividad intelectual basada en un amplio conocimiento de la cultura generada hasta el presente por la humanidad.

4) La formación de colectivos e instituciones, donde coincidan realmente la estructura formal (orientada por el deber social) con la informal, las metas sociales del grupo con la jerarquía de la personalidad individual y exista una identidad entre los intereses individuales, los del grupo y los sociales generales.

5) El logro de la autonomía y de la creatividad supone respetar y promover la identidad personal, grupal, nacional y regional (González Serra, 2007).

Una aspiración fundamental que acompaña a todas las anteriores es el empeño en lograr, en la medida de lo posible, la armonía de la personalidad, o sea, la satisfacción o compensación armónica de todas las necesidades, en estrecha relación con el bienestar.

A partir de innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos con relación al bienestar:

1.- Tiene una dimensión básica y general que es subjetiva.

2.- Está compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida).

Siguiendo estos criterios, el *bienestar psicológico* posee un carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (García, 2002). En la construcción de la percepción de bienestar en cada individuo interactúan las condiciones de su vida presente, las experiencias vividas en el pasado y las proyecciones que éste se plantea, las cuales se constituyen en objetivos o metas que influyen en el nivel de bienestar.

Por tanto, éste se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. Posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, pero trasciende la reacción emocional inmediata, el estado de ánimo como tal. Resultan esenciales los elementos más estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo. Dentro de la propia esfera emocional, existen elementos más estables, vinculados a rasgos de personalidad y elementos menos estables vinculados a estados emocionales reactivos. Tanto el aspecto emocional como el cognitivo están estrechamente vinculados y muy influenciados por la personalidad como sistema de interacciones complejas, así como por las circunstancias medioambientales.

Además, se deriva de experiencias humanas vinculadas al presente, pero está mediado por experiencias del pasado en tanto “*lo logrado*” es fuente de bienestar, pero a la vez posee una proyección al futuro, pues las metas, aspiraciones y objetivos en la vida se proyectan temporalmente al futuro. Es decir, el bienestar surge del balance entre las expectativas (*proyección de futuro*) y los logros (*valoración del pasado y el presente*) en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja. Esa satisfacción con la vida surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal, así como lo individual subjetivo que refleja esa realidad externa.

En este tipo de análisis el *bienestar psicológico* es una categoría que lleva en sí misma un sello muy personal. Lo que es para un hombre o una mujer el bienestar es elaborado por ellos mismos, por lo que, los científicos debemos intentar elaborar modelos generales para su estudio y evaluación que tomen en cuenta esa ponderación individual. Se vincula a un tono psico-afectivo que tiende a mantenerse con carácter estable, derivado de vivencias personales, irrepetibles, surgidas en el marco de la vida social y de la historia personal. Lo que las personas entienden por bienestar, lo que produce satisfacción y disfrute, varía de una sociedad a otra, de una época a otra, de una etapa del desarrollo social a otra y de un momento de la vida personal a otro, todo lo cual fundamenta que sea, en sí mismo, una vivencia personal e irrepetible (Victoria et al., 2004; Victoria 2005).

DETERMINANTES DEL BIENESTAR

Las primeras investigaciones sobre el bienestar psicológico se centraron en el análisis de la influencia de variables socioeconómicas y sociodemográficas, intentando determinar qué personas estaban más y menos satisfechas con sus vidas (Sánchez-López y Quiroga, 1995).

El bienestar no puede ser explicado de forma directa por variables económicas, sino a través del efecto mediador de aspectos psicológicos y sociales, como la satisfacción con los ingresos, el estatus económico y la comparación social (Moyano y Ramos, 2007; Palomar et al., 2004).

Los factores sociodemográficos por sí solos no explican los diferentes niveles de bienestar de las personas, sino que su efecto se encuentra mediatizado por procesos psicológicos tales como las metas y las habilidades de afrontamiento, factores que como sabemos están muy en relación con la personalidad y la historia personal. Por ejemplo, el género y la edad determinan el tipo de metas y objetivos que el individuo se trace, pero no determinan directamente el bienestar.

Consecuente con los principios de Vigotsky planteados anteriormente (Vigotsky, 1987), los elementos aportados por la genética, los factores ambientales, la psicodinámica de las metas y el afrontamiento han de formar un conjunto de elementos entrelazados indispensables para comprender la determinación del bienestar. Así, por ejemplo, se ha demostrado la influencia del apoyo social sobre el bienestar psicológico, no así del nivel económico y los cambios sociales (Liang, Krause y Bennett, 2001), pero sería necesario considerar la acción combinada con elementos del nivel psicológico individual.

En la revisión de la literatura se encuentran escasas diferencias significativas entre géneros en cuanto a los reportes de bienestar subjetivo (Vera y Tánori, 2010). Sin embargo, resulta importante destacar que las evaluaciones afectivas son más sensibles a este tipo de diferencias que las cognitivas, especialmente las que se refieren a afectos negativos. Esta discrepancia pudiera obedecer a que las mujeres manifiestan una mayor expresividad emocional. Por esta razón, las mujeres son más vulnerables a padecer depresión. No obstante, en ausencia de sucesos vitales negativos, las mujeres tienden, en mayor medida que los hombres, a experimentar también niveles más intensos de emociones positivas. Es decir,

que a pesar de que las mujeres experimentan más emociones negativas, también vivencian más intensamente las positivas, produciéndose un equilibrio entre ambos tipos de estados emocionales (García, 2002).

El estatus marital es considerada una de las variables sociodemográficas que con más consistencia predice el bienestar (Díaz, 2001). El hecho de estar casado ha demostrado correlacionar positivamente con las medidas de este constructo en adultos (Diener, 1984). Myers (2000), en un estudio realizado con 35024 participantes en la *General Social Survey National* del *Opinion Research Center*, entre los años 1972 y 1996, encontró un mayor nivel de satisfacción vital en las personas casadas, con respecto a las solteras, divorciadas y separadas.

En cuanto a la edad, se ha podido constatar una relación positiva con el bienestar subjetivo, pero poco significativa, sobre todo cuando se introducen otras variables de control. Esto sugiere, como tendencia, la existencia de una gran similitud en los niveles de bienestar entre los distintos grupos de edad. Sin embargo, en algunas investigaciones se han podido identificar algunas diferencias, que resulta necesario tener en cuenta (García, 2002).

Los datos correspondientes a doce muestras nacionales de países de Europa Occidental, que abarcan desde los años sesenta hasta principios de la década de los ochenta, muestran que las personas mayores tienden a manifestar niveles más altos de satisfacción vital que las personas de menos edad. Esto resulta más evidente cuando se controlan los efectos mediadores de los ingresos, la ocupación, el nivel educativo, el estado civil y la nacionalidad (Diener et al., 1999).

Este resultado es consecuente con el hecho de que los adultos jóvenes vivencian más negativamente su calidad de vida, lo que puede estar dado por las elevadas expectativas con respecto a sus recursos y metas futuras (Liberalesso, 2002). En el caso de la adolescencia se hace más evidente, dado las propias

características de esta etapa, en especial el periodo de crisis de identidad, que marca el tránsito hacia la adultez.

El estado civil es la variable sociodemográfica que más se ha podido comprobar que predice el bienestar, a partir de las diferencias significativas en los reportes de las personas casadas, con respecto a las divorciadas, separadas y viudas.

En las investigaciones más actuales se aprecia una tendencia hacia el análisis de variables influyentes en el bienestar, tales como: la personalidad, las metas, los proyectos personales y los valores. Esto ha implicado, a su vez, que los investigadores se adentren en una perspectiva más de arriba hacia abajo, donde los factores internos o personales cobran más importancia que las variables externas (García, 2002). Este modelo pone el énfasis en los aspectos internos que determinan los juicios y valoraciones que hacen las personas acerca de sus vidas y circunstancias vitales de desarrollo. De este modo, las personas felices lo son porque les agrada y buscan activamente el placer, y no porque están satisfechas todo el tiempo (García, 2002; Liberalesso, 2002).

Es importante subrayar que el bienestar psicológico está determinado socio-culturalmente, existiendo una interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico, donde la personalidad como sistema regulador desempeña un importantísimo papel (Fernández Ríos, 2003).

También el bienestar psicológico se relaciona con: la subjetividad del individuo; los factores objetivos del contexto social; las metas personales y experiencias; el nivel de aspiraciones; el nivel de frustraciones; la predisposición al estrés; la frecuencia e intensidad de las emociones negativas y positivas; las estrategias para conseguir lo que se propone; la adaptación; la personalidad; la autoestima; el optimismo; las emociones, entre otras.

El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción o bienestar es determinante para el proceso de evaluación. Los procesos que conducen a esa satisfacción ocurren desde la óptica de lo individual, desde la perspectiva de las necesidades, los valores, las aspiraciones y los logros de cada individuo particular. Las aspiraciones y expectativas se basan en la valoración que el sujeto hace de sus capacidades, del entorno donde él se desenvuelve, así como de sus principales motivaciones, a partir de las cuales el hombre concientiza sus aspiraciones, traza sus objetivos esenciales y moviliza su conducta en función de los fines propuestos. Las aspiraciones del individuo se apoyan en la jerarquía de motivos de la personalidad y se basan en la posición y fuerza de las necesidades, que surgen, se desarrollan y modifican en el transcurso de la actividad social, dependiendo del sistema de relaciones sociales en las que se encuentra inmerso el individuo, en consonancia con su posición en la organización social. Ocurre, pues, una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume.

En determinadas personalidades, la autovaloración elevada puede convertirse en motor impulsor que permite al hombre sobreponerse al fracaso e intentar una y otra vez con nuevas estrategias la consecución de sus aspiraciones.

De lo antes expuesto se puede considerar al nivel de autorrealización de la personalidad, como expresión de las necesidades y aspiraciones que el hombre alcanza en función de su vida futura y los esfuerzos de autodeterminación, que posibilitan al sujeto involucrarse de manera activa en la consecución de sus fines y enfrentar mejor cualquier estímulo que atente contra su realización, constituyen dos condicionantes importantes, que garantizan la *calidad de vida subjetiva*.

Por otra parte, la conducta del individuo también se regula atendiendo a sus efectos, por lo que las expectativas de recompensa por el esfuerzo realizado

también tienen un peso importante, pues los esfuerzos no sólo se regulan por las aspiraciones y propósitos, por su tendencia a la autorrealización y por su capacidad de autodeterminación, sino también en función de las expectativas de resultados.

En ocasiones, los individuos pueden verse sometidos a condiciones externas que funcionan como verdaderos obstáculos para la realización de sus fines, impidiéndoles por tanto alcanzar los niveles de satisfacción esperados. Las personas cuyos esfuerzos no rinden sus frutos y que lo intentan una y otra vez, sin que se cumplan sus expectativas acaban por sentirse desalentados e insatisfechos. El nivel de satisfacción que el hombre alcanza en los diferentes dominios de su vida, constituye el punto de partida por el que pasa cualquier evaluación del sujeto, por lo que es necesario tener en cuenta esa satisfacción en todas las dimensiones que conforman el bienestar.

La actividad del individuo orientada hacia la satisfacción de las necesidades puede culminar con el éxito o con el fracaso. Los fracasos y las nuevas circunstancias pueden producir una nueva reorientación, una nueva planificación y el planteamiento de nuevos fines que permitan alcanzar los niveles de satisfacción esperados, y, en consecuencia, un nivel de bienestar psicológico más elevado.

La estrecha relación entre variables personológicas y el bienestar, constituye un hecho ampliamente constatado (Díaz y Sánchez-López, 2002). Los factores neuroticismo y extraversión están relacionados con la experiencia de afecto negativo y positivo respectivamente. Las personas con tendencia al neuroticismo (emocionalidad, impulsividad, rabia y temor) manifiestan una predisposición para experimentar mayor afectividad negativa, aunque no necesariamente disminuye la tendencia a experimentar afectos positivos. Por el contrario, aquellos individuos que se caracterizan por ser extrovertidos (vigor, tempo, sociabilidad), experimentan mayormente afectos positivos; del mismo modo esta disposición no reduce la experiencia de afecto negativo. El balance que hace la persona entre

afecto positivo y negativo influenciado por estos dos rasgos de la personalidad, contribuye a la experiencia de la satisfacción con la vida (Díaz y Sánchez-López, 2002).

En el caso de la influencia de las metas, los proyectos personales y los valores, se ha podido comprobar que la satisfacción vital se deriva de las discrepancias percibidas por el individuo entre lo que tiene ahora, lo que ha logrado, y lo que tienen los demás, esperaba tener ahora o en el futuro, necesita o cree merecer. Factores como la edad, el sexo, el nivel educativo, los ingresos, el apoyo social, entre otros, pueden afectar directa e indirectamente estas discrepancias, y, por tanto, el nivel de bienestar experimentado (García, 2002).

Por su parte, González Serra, se refiere a la “*armonía*”, al tratar sobre el equilibrio de los procesos de la motivación en las personas. Plantea que, para que ocurra un buen nivel de funcionamiento de dicha motivación, es necesario que exista una armonía entre la realidad reflejada por el sujeto y sus necesidades, metas y proyectos. Este equilibrio supone que, una vez alcanzadas las metas anteriormente propuestas, se elaboren nuevas metas; supone un dinamismo entre las aspiraciones y las posibilidades de su realización. Este autor señala la relativa armonía entre las necesidades sociales e individuales del sujeto, la relativa armonía entre la motivación que proviene de etapas anteriores de la vida y la motivación superior, dirigida hacia el futuro, así como la relativa armonía y acción simultánea entre las motivaciones conscientes e inconscientes. Lo que caracteriza el equilibrio motivacional, y por ende el bienestar del hombre normal y adulto, es una relativa armonía entre todos los factores que en él participan (González Serra, 2007).

Este razonamiento muestra que el bienestar está determinado tanto por factores objetivos, como por aspectos subjetivos. La evaluación que hacen las personas de sus vidas emplean procesos de abajo hacia arriba, derivando la satisfacción en aspectos específicos y normativos; y también utilizan procesos de

arriba-abajo, que suponen el establecimiento de una cosmovisión individual, de una manera de “ver la vida”. A partir de aquí, ha emergido más recientemente una tercera perspectiva, catalogada como constructivista, que enfatiza en una relación bidireccional entre ambos procesos (Díaz y Sánchez-López, 2002).

En sentido general, todos los autores ocupados del tema buscan explicar la manera en que las personas “construyen” su bienestar. Las relaciones causa-efecto no siempre son claras, sino más bien modelos que dan cuenta de relaciones bidireccionales y circulares. Por lo cual lo más importante es tener en cuenta la relación entre todos los procesos implicados (Díaz y Sánchez-López, 2002).

COMPONENTES DEL BIENESTAR

Según la literatura revisada, los principales componentes del bienestar psicológico son el componente cognitivo-valorativo (juicio acerca de la satisfacción con la vida o con áreas de la vida) y el componente afectivo (Oishi y Diener, 2001; Lyubomirsky, 2001; Victoria, 2000).

Diener, investigando los componentes del bienestar psicológico (cognitivo y afectivo), los considera como “constructos separados”. Los planteamientos de Diener son válidos y aceptables como punto de partida, sin embargo, son insuficientes debido a la no identificación de la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, así como al no destacar el papel de la influencia de lo histórico cultural en la determinación del bienestar psicológico.

Partiendo de una concepción integradora, la mayoría de los autores de los estudios más actuales sobre el tema lo definen como “...la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos” (Victoria y González, 2000; p. 587).

El bienestar psicológico es considerado la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia subjetiva relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo.

Se trata de la comprensión de cómo y por qué las personas perciben su vida de manera positiva, atendiendo tanto a juicios cognitivos o evaluaciones de satisfacción, como a los estados emocionales vinculados a estos (Diener, 1984). Los individuos experimentan altos niveles de bienestar subjetivo cuando están comprometidos en actividades interesantes, están satisfechas con sus vidas, y consecuentemente con esto, sienten frecuentemente emociones agradables y pocas desagradables (Diener, 2000).

De manera congruente con esta visión integradora, la mayor parte de los autores, coinciden en la consideración de dos componentes esenciales: uno cognitivo, referido a la satisfacción con la vida; y otro afectivo, que concentra el equilibrio entre elementos positivos y negativos de la disposición de ánimo (Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Díaz, 2001; Diener, 1984; Vera y Tánori, 2010).

Diener y colaboradores destacan el carácter multidimensional del concepto, definiéndolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas, donde lo afectivo y lo cognitivo se encuentran en estrecha interrelación. Plantean los siguientes componentes: afectividad placentera, afectividad displacentera, satisfacción general con la vida, y en diferentes áreas o dominios, como por ejemplo: la familia, el trabajo y la salud (Pavot y Diener, 1993).

Veenhoven (1994), lo define como el grado en que el individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo, considerando también elementos cognoscitivos así como afectivos. “El resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención a elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el individuo repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida”.

La *satisfacción con la vida o vital* es la evaluación que cada persona hace de su vida, atendiendo a sus propios patrones de referencia. (Liberalesso, 2002). Por tanto, se refiere a “un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran la calidad de sus vidas sobre la base de su propio conjunto único de criterios” (Pavot y Diener, 1993, p.164).

Se habla en términos de *satisfacción referida a dominios específicos*, que resulten importantes o significativos para cada individuo. Estos pueden ser: la familia, el trabajo, la salud, las relaciones de pareja y sociales en general, la realización personal, la recreación, la economía, la vivienda, la política, las prácticas religiosas, etc.

El componente afectivo, por su parte, se refiere al nivel de placer (entendido en términos de frecuencia e intensidad) experimentado bajo la forma de sentimientos, emociones y estados de ánimo (Liberalesso, 2002). Está integrado por la afectividad positiva, que supone experimentar en gran medida estados de ánimo y emociones placenteras o agradables (entusiasmo, alegría, amor, etcétera); así como por la afectividad negativa, conformada por estados anímicos y emociones displacenteras o desagradables (tristeza, ansiedad, angustia e ira) (Diener, 2000; Placer, 2004).

El nivel medio de afectos que la persona experimenta a más largo plazo (posiblemente más relativo al rasgo) pueden ser independientes los afectos

placenteros y displacenteros (Victoria et al., 2001). Se ha podido constatar que estos dos tipos de afectos correlacionan por separado con variables diferentes, fundamentalmente con aspectos personológicos y eventos vitales (Diener, 2000). En condiciones de laboratorio se ha evidenciado que las personas extrovertidas reaccionan más intensamente a imágenes y situaciones positivas, mientras que los sujetos con tendencia hacia el neuroticismo responden más fuertemente a imágenes y situaciones negativas (Diener, 2000).

También se ha observado que las emociones positivas están estrechamente relacionadas con eventos vitales o circunstancias agradables o enriquecedoras, mientras que las negativas se asocian a eventos o circunstancias dolorosas y desagradables. Esta relación está mediatizada, a su vez, por las características personológicas de cada individuo y por las peculiaridades de cada evento o situación. De esta forma, entra a jugar un rol importante lo que se conoce como equilibrio dinámico, que combina la adaptación con la personalidad (Diener, 2000).

El componente afectivo integra elementos transitorios, y a la vez estables, de manera que los procesos emocionales pueden ser de corta duración o inmediatos, y también más mediatos y a largo plazo.

Aunque, de alguna manera, se reconoce la influencia de los juicios cognitivos en la respuesta emocional, así como la incidencia del estado de ánimo en la evaluación que el individuo hace de su vida (Pavot y Diener, 1993), poco se conoce sobre la relación que se establece entre las dimensiones afectiva y cognitiva del bienestar subjetivo, y la contribución que cada una hace a este constructo.

Los juicios cognitivos se refiere a patrones de éxito, reflejando valores y metas conscientes, mientras que la reacción afectiva puede reflejar motivos inconscientes (Liberalesso, 2002). Ello sugiere que la evaluación separada de estos dos aspectos puede ofrecer una información complementaria (Pavot y Diener, 1993).

Los *componentes cognitivo y afectivo están estrechamente relacionados entre sí*, de manera que una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Los sujetos que tienen un mayor bienestar subjetivo son aquellos en los que predomina esta valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que las personas insatisfechas tienden a valorar la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales. Estos dos componentes tienden a correlacionar porque están determinados por la valoración que realiza el sujeto de los sucesos, actividades y circunstancias en las que se desarrolla su vida. Necesariamente también difieren entre sí, ya que si bien la satisfacción vital representa una valoración de la vida como un todo, el balance afectivo depende mayormente de las reacciones ante eventos o circunstancias que acontecen en el ciclo vital (García, 2002).

Estos componentes están mediatizados por la personalidad, como sistema de interacciones complejas, y por el contexto social. Además, teniendo en cuenta que el bienestar está constituido por el balance entre las expectativas y los logros, se puede plantear que es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro (Victoria y González, 2000).

CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD.

La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1979) *“no como la ausencia de enfermedad sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social”* A esta definición se le han hecho varias críticas, entre ellas la relativa a que ese estado de bienestar, aparece fuera de contexto, siendo más bien un ideal a alcanzar, y que resulta una definición demasiado general que dificulta su operacionalización para su posible evaluación y análisis. Pero sin dudas, ha tenido el mérito de llamar la atención sobre el bienestar de las personas y comunidades y su determinación física, psicológica y social. De esta forma, se reconoce la implicación del bienestar en la salud humana.

La Asociación Americana de Psicología (APA), establece en su artículo primero que uno de sus objetivos será: “la promoción del bienestar humano”. (Díaz Corral, 2002)

En el análisis de los aspectos positivos de la salud se hace necesaria la categoría bienestar, el cual se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Cuando un individuo experimenta bienestar es más productivo, sociable y creativo, es capaz de elaborar proyectos futuros y de brindar amor a las personas que lo rodean (Victoria y González, 2000). “La Psicología deberá centrarse en delimitar sus dominios, establecer sus determinantes, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención para obtener un mejor nivel de calidad de vida para el individuo y la sociedad” (Moreno, 1996; p. 345).

Los individuos con niveles superiores en cuanto a diferentes elementos objetivos, en las diferentes áreas o dominios de la vida, están mejor dispuestos para tener niveles altos de Calidad de Vida en general y de Calidad de Vida relacionada con la salud, ya que tendrán mejores condiciones de vida, nivel de ingresos, accesibilidad a los servicios de salud, cultura general que los capacita (aunque no lo garantice tácitamente) para desarrollar estilos de vida saludables, en cuanto a acceso a fuentes de alimentación, cultura en materia de salud y hábitos de vida. El propio estado de salud física (ausencia de limitaciones atribuibles a enfermedades) entra a formar parte de estos elementos que contribuyen a percibir una mejor calidad de vida (Victoria, 2003). Sin embargo, todos estos elementos objetivos no poseen un efecto directo sobre el bienestar y la Calidad de Vida, sino que son refractados por la percepción de cada individuo.

En el ámbito de la salud individual se destaca el componente subjetivo de la Calidad de Vida, su naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo, lo cual ha sido defendido de manera más o menos exitosa, por diferentes autores en los últimos 20 años (De Haes y Van Knippenberg, 1989; Lara-Muñoz y cols, 1995; Grau, Victoria y Hernández, 2006). Las condiciones “objetivas” se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas,

de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por el nivel de vida: la opulencia social y el consumismo de bienes no significan, definitivamente, Calidad de Vida (Moreno, 1996).

Durante los años 60 y 70 del pasado siglo los simples indicadores “materiales” del bienestar humano evolucionaron hacia la consideración de indicadores psicológicos y sociales, por lo cual la categoría Calidad de Vida se abrió a las dimensiones psicosociales y no tanto a las económicas. Este hecho ejerció una notable influencia en el campo de la salud, contribuyendo a asumir que no sólo era importante la curación de la enfermedad, sino el logro de una vida más funcional y satisfactoria para las personas que aquejaban enfermedades crónicas. De aquí que comenzara a utilizarse el término “Calidad de Vida” como un objetivo a alcanzar a punto de partida de tratamientos o procesos de rehabilitación. La evaluación de la Calidad de Vida se utiliza desde entonces como un indicador de la evolución de cada paciente en particular, en especial en el caso de las enfermedades crónicas (Terol, 2000, Thompson y Yu, 2003, Badía y Lizán, 2005, Llantá y cols, 2000) y además como un criterio de bondad de nuevos medicamentos o procedimientos, o de evaluación de la calidad de los servicios. De hecho, la evaluación de las nuevas tecnologías requiere cada vez más la consideración del impacto del tratamiento sobre la salud funcional, psicológica y social del enfermo, es decir, de la evaluación de su calidad de vida. La consideración y evaluación de la Calidad de Vida está presente hoy día en prácticamente todas las evaluaciones de tecnologías sanitarias, tanto diagnósticas como terapéuticas, en particular en aquellas que se aplican al tratamiento de las enfermedades crónicas (Brousse y Boisaubert, 2007).

Especiales aportes en esta dirección han sido realizados por la Psicología de la Salud, como rama aplicada de la Psicología que estudia fundamentalmente los

aspectos del comportamiento y de la subjetividad relacionados con el proceso salud-enfermedad (Morales Calatayud, 1997). El estudio de la Calidad de Vida resulta prioritario para esta disciplina.

Podemos afirmar que la salud es considerada uno de los principales valores del hombre, uno de los determinantes más importantes de la Calidad de Vida total. Muchos autores consideran de hecho que el concepto de salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante, entre los distintos integrantes de la Calidad de Vida (Kaplan, 1985; Moreno, 1996).

Calidad de Vida y salud tienen una doble relación. La salud es una dimensión importante de la Calidad de Vida y al mismo tiempo es un resultado de ella. Lo primero se justifica por el papel que juegan los indicadores objetivos de salud en los niveles de Calidad de Vida alcanzados. Lo segundo, porque bajos niveles de Calidad de Vida, producidos por el deterioro de cualquiera de sus áreas componentes (familiar, laboral, las relaciones de pareja) puede favorecer la aparición de enfermedades, ya sea por las respuestas psiconeuroinmunológicas que están demostradas se producen en el organismo acompañando las reacciones de estrés, o porque se abandonan los hábitos de vida saludables, o porque se recurren a hábitos nocivos, o porque, en general, los comportamientos de autocuidado de la salud se desatienden.

En la actualidad se acepta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que van más allá de lo biológico y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad (Morales Calatayud, 1997). En las enfermedades crónicas en particular, cada individuo manifiesta estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, la percepción y evaluación que hace de su pronóstico y del impacto

que la enfermedad tiene para su vida actual y futura. También cuando no existe ninguna enfermedad diagnosticada, el nivel de salud (percibido) de un individuo es parte de su propia calidad de vida. Cada individuo manifiesta estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su estado de salud, las situaciones de riesgo, las limitaciones o cambios que percibe en ese nivel de salud y el efecto de los programas de salud, los hábitos en relación con ella, los procedimientos de pesquizaje o cualquier otra acción que realice la sociedad sobre su persona o su familia. Para hablar de Calidad de Vida es necesario no referirla solamente a la situación de enfermedad.

La consideración de los factores subjetivos resulta esencial si hablamos de salud en su sentido más amplio. Cuando un individuo se siente mal, o está enfrentando un proceso de enfermedad crónica, esto lo hace “sentirse enfermo”, infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Se sentirá tanto más “enfermo” cuanto mayor sean las limitaciones que la enfermedad le imponga en aquellas áreas de la vida significativas para él, en relación con sus aspiraciones y metas en la etapa del ciclo vital en que se encuentre. De aquí la importancia de tener en cuenta la óptica individual, la percepción del propio paciente en la evaluación de su calidad de vida.

Como podemos apreciar, la relación Calidad de Vida-Salud es recíproca. No sólo los procesos de salud, influyen en la Calidad de Vida, sino que la Calidad de Vida influye en los niveles de salud. Las personas más cultas, con niveles socio-económicos, más altos realizan un mejor uso de los servicios de salud a su alcance, y generalmente desarrollan hábitos de vida saludables. Podemos apreciar que Calidad de Vida (objetiva y subjetiva) y salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella (Cabrera et al., 1998).

La salud como resultado de un determinado nivel de Calidad de Vida se evidencia de esta manera. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como pueden ser la familiar, la laboral o la sociopolítica se deterioran, no

implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de estrés con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos, pues, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren como complemento indispensable la valoración por parte del individuo. De aquí la importancia del estudio del bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida (Victoria, 2003).

Por otra parte, la Calidad de Vida ha sido merecedora de estudio en el campo de la salud laboral. En particular en el ámbito de los trabajadores sanitarios ha sido estudiado el estrés laboral-asistencial y sus consecuencias (quemamiento o burnout), que afecta no sólo la calidad de los servicios de salud, sino la propia Calidad de Vida del personal de salud (Maslach and Jackson, 1981; Moreno y col 1991; Grau y col 1996; Chacón y Grau, 2003).

En el contexto actual, con los cambios económicos y sociales, las organizaciones necesitan tener empleados motivados y psicológicamente sanos. Se maneja el concepto de “*organizaciones saludables*” respondiendo a la pregunta de cuáles son los elementos básicos que comparten estas organizaciones. En ellas se generan resultados relacionados con la excelencia de la organización, como productos/servicios de alto desempeño, además de mantener excelentes relaciones con el entorno de la organización y de la comunidad (Zwetsloot y Pot, 2004).

Esta relación posee una doble dirección ya que los estados de bienestar son fuente de autoeficacia, ésta hace que las personas tengan éxito en su trabajo, y éste a su vez incrementa los niveles de autoeficacia cuando el empleado percibe que el éxito de su trabajo se debe en gran parte a su esfuerzo y ejecución.

González Serra, ofrece un enfoque positivo de la salud y de su relación con la Calidad de Vida:

“...el ser humano tiene un organismo biológico y psicofisiológico, cuyo adecuado funcionamiento es una condición fundamental para que pueda realizar su función social. Por esto, se impone que junto al predominio de la función social exista una armonía entre las exigencias y posibilidades de su medio social, su organismo biológico, su actividad y la jerarquía de necesidades de su personalidad y, en consecuencia, una satisfacción adecuada de sus requerimientos individuales. De no satisfacer sus requerimientos biológicos y psicológicos individuales, el ser humano se enferma y perece, en última instancia” (González Serra, 2007).

Para las Ciencias de la Salud, la categoría Calidad de Vida se convirtió en elemento esencial del trabajo sanitario a partir de la década del 70 del pasado siglo, aunque llegó a ser realmente popular entre los investigadores de la salud durante la década del 80 (Hollandsworth, 1988). A partir de entonces, la tendencia

ha sido al crecimiento, en gran parte determinado por una prevalencia elevada de enfermedades crónicas vinculada a un aumento en la esperanza de vida. Los sistemas de salud en general, y cada situación clínica en particular, procuran aumentar la Calidad de Vida de las personas enfermas, las cuales han de asumir determinadas limitaciones para poder prolongar su tiempo de vida, o aún en aquellos casos en los que el pronóstico apunta hacia una muerte más o menos inminente, y por tanto hay que optimizar la calidad de la poca cantidad de vida que resta por vivir.

El enfoque más hacia la enfermedad que hacia la salud, ha penetrado algunos abordajes teóricos y prácticos del término. En la práctica, las autoridades sanitarias en la mayoría de los países se dedican más a atender los problemas de “enfermedad” que los problemas de “salud”. Esta incongruencia se expresa en el campo de las ciencias sociales cuando se aborda el estudio de la Calidad de Vida “relacionada con la salud”. En la literatura predominan los estudios de Calidad de Vida relacionada con las enfermedades y las discapacidades, aunque el término utilizado sea el de “Calidad de Vida relacionada con la Salud”.

En medio de la gran cantidad de definiciones y de confusiones respecto al concepto de Calidad de Vida, y en particular el de Calidad de Vida relacionada con la Salud, muchos autores la han referido a la medida en que la vida de una persona puede ser modificada por los deterioros, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales como consecuencia de la enfermedad, las lesiones y los tratamientos (Patrick y Erickson, 1993^a; 1993b).

En el estudio del proceso salud-enfermedad el término “Calidad de Vida” es definido por algunos autores como el impacto de la condición de salud sobre la funcionalidad y satisfacción vital de la persona, es decir, el nivel de bienestar asociado con la vida de una persona y la medida en que esa vida es afectada por la enfermedad (Walter y Rosser, 1987).

La actualidad y vigencia del tema se demuestra al hacer una revisión por el MEDLINE de los últimos 5 años con el descriptor “*quality of life and cardiovascular diseases*”. Sólo para las enfermedades cardiovasculares, tal revisión arroja un total de 3 729 citas, lo cual demuestra el interés brindado por los investigadores a este tema, desde la óptica de la enfermedad.

Sin duda, la Calidad de Vida debe ser considerada como indicador de éxito en los programas sanitarios, tanto los que se dirigen a la pesquisa y control de enfermedades como los dirigidos a la promoción de salud en general. De igual manera, y es lo que más aparece en la literatura médica, dentro de los programas de rehabilitación de enfermedades.

La Calidad de Vida ha sido un importante elemento de estudio para importantes decisiones médico-sociales que requieren consideraciones éticas, tales como la estimación y precisión del valor de la eutanasia, los criterios de “calidad de muerte” y de encarnizamiento terapéutico, los problemas del aborto, la planificación familiar y el consejo genético, la valoración en el trasplante de órganos y los problemas con donantes, la estimación la justeza y equidad de los servicios de salud. Todas estas delicadas temáticas vinculan a la Calidad de Vida con aspectos de orden ético (González, Grau, Amarillo, 1997). La ética en la práctica sanitaria exige que los pacientes sean asesorados, no sólo de los riesgos o complicaciones de determinadas terapias medicamentosas o de intervenciones quirúrgicas, sino también del impacto que las mismas puedan tener sobre la calidad de su vida a corto y a largo plazo. De esta manera, las personas podrán tomar decisiones de manera responsable y libre.

La inclusión de todos estos elementos de la Calidad de Vida ha llegado a ser punto de atención en la mayoría de las discusiones clínicas y de investigaciones en muchas enfermedades, y de manera particular se considera la dimensión subjetiva del paciente como parte esencial de la Calidad de Vida.

Dentro de los indicadores para evaluar la conveniencia de técnicas diagnósticas o terapéuticas se incluyen aquellos de la dimensión subjetiva del paciente tales como la aceptabilidad, en que grado el procedimiento es cruento o doloroso, las posibles complicaciones o limitaciones percibidas por el paciente, los efectos colaterales y otros aspectos que aunque no reciban el nombre de Calidad de Vida, de hecho, son componentes de la misma. Pero aún este enfoque es limitado, si sólo se habla de calidad de vida en función del validismo o de la solución de ciertas limitaciones de las enfermedades. En el sector de la salud, elevar la calidad de vida de los pacientes comprende un amplio rango de propósitos, desde el fin último de un Sistema de Salud de un país, hasta el objetivo de un tipo de tratamiento a aplicar en un paciente en particular.

La evaluación de la Calidad de Vida en los enfermos, al igual que en cualquier otra persona, depende mucho de la dimensión subjetiva. Lo que cada cual cree acerca del grado en que su Calidad de Vida es buena o mala, mejora o empeora bajo un tratamiento o condición, es un asunto puramente personal.

Según Rodríguez-Marín la calidad de vida es “una evaluación global de la experiencia subjetiva de su vida que hace la persona sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social”. Este autor definió la calidad de vida en el enfermo crónico como “el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos y efectos” (1993).

La evaluación de la Calidad de Vida cobra una especial significación por cuanto debe incluirse en los criterios para elegir entre las alternativas de tratamientos posibles en cualquier tipo de paciente.

Aunque en las últimas dos décadas las intervenciones médicas han ido cambiando su óptica al evaluar los resultados de un tratamiento, considerando cada vez más la evaluación que hace el propio paciente acerca de su Calidad de

Vida, los resultados en cuanto a los procedimientos empleados para esta evaluación aún son deficientes. No obstante, la inclusión de las mediciones de la Calidad de Vida dentro de los ensayos clínicos de cualquier tipo cobra cada día más aceptación. Entre los problemas metodológicos para lograr estos objetivos se destaca la falta de homogenización de las técnicas de evaluación, lo cual incide en la imposibilidad de comparar resultados, especialmente entre las diferentes culturas, pues ya conocemos la fuerte determinación socio-cultural del concepto que cada individuo tiene de la que es su Calidad de Vida.

Durante la última década las investigaciones acerca de la Calidad de vida relacionada con la salud se han convertido en una parte importante de muchos programas de investigación en ensayos clínicos del cáncer. La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer posee un Grupo para la investigación en Calidad de Vida, el cual realizó recientemente un informe acerca de 24 ensayos clínicos que incluyeron 9 000 pacientes. Se señala que la Calidad de Vida está incorporada en todos los ensayos clínicos fase III, lo cual constituye un elemento a tener en cuenta para la toma de decisiones ante el tratamiento, tanto para los médicos como para los pacientes (Bottomley et al, 2005). Sin embargo, podemos constatar que estos estudios adolecen de falta de definiciones conceptuales en el tema Calidad de Vida, utilizando en algunos casos instrumentos ya establecidos y en otros instrumentos originales. En algunos estudios la Calidad de Vida ha sido evaluada solamente mediante la presencia de síntomas. Es frecuente en la práctica médica referirse a la mejoría de los síntomas de un paciente, como que *“ha mejorado su calidad de vida”*.

A pesar de que los diversos enfoques metodológicos para evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud, existe acuerdo en cuanto a que pueden existir factores, como es la satisfacción con la información recibida acerca de la enfermedad y su evolución, que influyen en la Calidad de Vida de los pacientes. Conviene señalar la importancia de identificar cualquier factor que pueda ser modificable, en aras de mejorar y prolongar el bienestar de los pacientes.

La lectura de la literatura médica muestra la inclusión de indicadores de calidad de vida y reportes personales de los pacientes, en muchas evaluaciones clínicas de procedimientos terapéuticos. Existe un creciente aumento en la consideración de estos indicadores en la última década, al mismo tiempo que existe una exigencia social cada vez mayor de que los investigadores incluyan estos parámetros en los ensayos clínicos. Muchos investigadores han destacado la importancia de considerar la Calidad de Vida en los ensayos clínicos y han investigado acerca de los instrumentos de medición con vistas a posibilitar estas evaluaciones de la Calidad de Vida en diversas enfermedades (Monés, 2004; Soto, 2003; Cordero, 2007; Tuesca, 2005; Valderas, 2010; Ruiz, 2005; Consiglio, 2003). Algunos estudios se han dirigido a enfermedades específicas, entre ellas el cáncer (Arraras, 2010; Contreras, 2005; Sánchez, 2009; Belmonte, 2011; el ictus (Fernández, 2005; Fernández, 2010) y otras (Falcón, 2006; Domínguez, 2008; Falcón, 2012; González, 2007; Quiñones, 2005; Francolino, 2010; Cano, 2010; Martínez, 2012).

En cuanto a la relación Calidad de Vida–Salud en los ancianos, es un hecho demostrado que las personas de edad padecen proporcionalmente más enfermedades crónicas. La utilización de los servicios de salud es mayor en este grupo poblacional. Otra característica importante de la relación salud-envejecimiento es la discapacidad y el concepto de función. Resulta evidente que la discapacidad aumenta con la edad y con ello disminuye la autonomía del anciano y su dependencia de la familia (León y Alfonso 2003).

COMENTARIOS FINALES

Bienestar psicológico, calidad de vida, satisfacción vital, bienestar social, son todos parte de una terminología que se relaciona con la felicidad, que es, sin duda, una de las principales metas vitales del ser humano, con importantes implicaciones para la salud mental y física.

El *bienestar psicológico* puede ser definido como la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia subjetiva relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular. El bienestar psicológico tiene una connotación positiva, es decir, se asocia a una buena calidad de vida; se alude al disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo.

El bienestar psicológico se ha constituido tema de estudio dentro de la Psicología, en particular dentro de la rama de la Psicología de la Salud, por la fuerte relación demostrada del mismo con el riesgo a enfermar, el afrontamiento ante las situaciones de estrés propias de las diferentes etapas de ciclo vital, y en particular ante todas las etapas del proceso salud-enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arraras, J. I. et al. (2010). The EORTC cancer outpatient satisfaction with care questionnaire in ambulatory radiotherapy: EORTC OUT-PATSAT 35 RT. Validation study for Spanish patients. *Psychooncology* 19 (6): 657 - 64.
- Badía Llach, X. y Lizán Tudela, L. (2005): Estudios de calidad de vida. Barcelona, *Cuadernos de Atención Primaria*. Vol 5 (2): 167-76.
- Belmonte Martínez, R. et al. (2011). Functional Assessment of Cancer Therapy Questionnaire for Breast Cancer (FACT-B+4). Spanish version validation. *Med Clin (Barc)* Dec 10; 137 (15): 685 - 688.
- Bottomley, A. Et al. (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC) Data Center and Quality of Life Group. (2005): Health related quality of life outcomes in cancer clinical trials. *Eur J Cancer* Vol 41 (12): 1697-709.
- Brousse, C. y Boisaubert, B. (2007): Quality of life and scales measuring. *Rev Med Interne* Vol 28 (7): 458-62.
- Cabrera García, E.; Victoria García-Viniegras C.R. y Agostini Suris, M.T. (1998): Modelo teórico-metodológico para evaluar la Calidad de Vida. Informe de Resultado. La Habana. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cano, R.; Vela, L.; Miangolarra, J. C.; Macías, Y. y Muñoz E. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad de Parkinson. *Medicina (Buenos Aires)* 70 (6): 503-507.
- Chacón Roger, M. y Grau Ábalo, J. (2003): *Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención*. GAFOS, T. III, cap. 78, 149-68. Las Palmas de Gran Canaria.
- Consiglio, E. y Belloso, W. H. (2003). Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina (Buenos Aires)* 63 (2): 172-178
- Contreras Martínez, J. (2005). Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. *Oncología (Barc.)* 28 (3): 17-19.
- Cordero Sánchez, T.; Amoroto Roig, M. y Fernández Cervera, M. (2007). Incorporación del estudio de calidad de vida en ensayos clínicos: recomendaciones para su uso. *Rev Cubana Farm* 41 (1): pp. 0-0.

- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una Psicología Positiva [Versión electrónica]. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, pp.83-96.
- De Haes, J.C. and Van Knippenberg, F.C. (1989): Quality of life instruments for cancer patients: Babel's tower revisited. *J Clin Epidemiol* Vol 42:1239-41.
- Díaz Corral, I. B. (2002). Psicología y calidad de vida. Una propuesta de invitación a su estudio. Santiago (98). Informe técnico. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. pp.137.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, pp.572-579.
- Díaz, J. F. y Sánchez-López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales [Versión electrónica]. *Psicothema*, 14, pp.100-105.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, pp.542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index [Versión electrónica]. *American Psychologist*, 55, pp.34-43.
- Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, pp.276-302.
- Domínguez, M.; Falcón, L.; Maqueira, Y. y Acosta Y. (2008). Calidad de vida en pacientes con epidermofitosis de los pies *Rev Cub Med Mil* 37 (2): 0-0.
- Falcón, L. y Cárdenas, R. (2006). Evaluación sobre la calidad de vida en pacientes con tiña pedis. *Rev Cub Med Mil* 35 (2): 0-0.
- Falcón, L. y Martínez, B. (2012). Dermatitis provocadas por la luz solar e influencia en la calidad de vida *Rev Cub Med Mil* 41 (3): 248-255.
- Fernández, O.; Verdecia, R.; Álvarez, M. A.; Román, Y. y Ramírez, E. (2005). Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Rev Neurol* 41 (7): 391 – 398.
- Fernández O. (2010). Diseño de un instrumento para valorar la calidad de vida en supervivientes a un ictus. Tesis en opción por el grado de Doctor en Ciencias de una Especialidad, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Fernández Ríos, L. (2003). *La Personalidad. Algunos presupuestos para su*

comprensión. En: Psicología General. La Habana, Editorial Félix Varela.

Francolino, C. (2010). Evaluación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: functional assessment of HIV infection, en pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana. *Rev. Med. Urug.* 26 (3): 129-137.

García, M. A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo. *Educación Física y Deportes Revista Digital*, 48. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd48/bienes.html>

González Pérez, U.; Grau Ábalo, J. y Amarillo Pérez, M.A. (1997): *La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana*. En: Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana, Centro Felix Varela.

González Serra, D. (2007): *La motivación: Un reflejo creador de su medio socio histórico*. Editora de Ciencias Médicas. La Habana.

González, Y.; Zamora, I.; Fojaco, Y.; Suárez, B. y García, H. (2007). Comportamiento de la calidad de vida relativa a salud antes y después de la cirugía de catarata *Rev Cubana Oftalmol* 20 (1): 0-0.

Grau Ábalo, J.; Hernández, L.; Chacón Roger, M. y Romero Pérez, T. (1996): El burnout en médicos y enfermeras del Instituto de Oncología y Radiobiología. Reporte de investigación. La Habana. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Grau Ábalo, J.; Victoria García-Viniegras, C. R. y Hernández Menéndez, E. (2006): *Calidad de Vida y Psicología de la Salud*. En: Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. México, Universidad de Guadalajara.

Hervás, G. (2009): Facultad de Psicología Madrid, España, Psicología Positiva, una introducción. ISSN 0213-8646. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 66 (23,3) 23-41.

Hollandsworth, J.G. (1988): Evaluating the impact of medical treatment on the the quality of life: a 5-years update. *Soc Sci Med* Vol 26: 425-34.

Kaplan, R.M. (1985): *Quality of life measurement*. In: Measurement strategies on health psychology. NY: Wiley.

Lara-Muñoz, M.C.; Ponce de León, S. y de la Fuente, J. R. (1995). Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer. *Inv Clin* Vol 47 (4): 315-27.

- León Díaz, E. y Alfonso Fraga, J. C. (2003): Redes de apoyo y Calidad de Vida en Cuba. Reunión de expertos en redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores. Santiago de Chile, División de población CEPAL.
- Liang, J.; Krause, N.M. y Bennett, J. M (2001): Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology y Aging*. Vol 16 (3), 511-523
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una Psicología Positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, pp.55-74.
- Llantá Abreu, M. C.; Grau Ábalo, J.; Chacón Roger, M.; Romero Pérez, T. y Grau Ábalo, R. (2000): Calidad de vida percibida en niños con cáncer y reportada por padres y médicos. *Revista Psicología y Salud*, Universidad Veracruzana, Vol 1(10), Veracruz.
- Lyubomirsky, S. (2001): Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist* Vol 56 (3): 239-249.
- Marimón, Y. (2006). Bienestar: Un anhelo de todos los tiempos. Estudio de bienestar subjetivo, las metas y los estilos de enfrentamiento. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, La Habana, Cuba.
- Martínez, R. et al. (2012). Cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de adultos con drepanocitosis. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 28 (4): 385-397.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981): The measurement of experienced burnout. *J of Occupational Behavior* Vol 2: 99-113.
- Monés Xiol, J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía española* 76 (2): 71 – 77.
- Morales Calatayud, F. J. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México, Editorial Unison.
- Moreno, B. (1996). *Evaluación de la calidad de la vida*. En: Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid, Siglo XXI.
- Moreno, B.; Oliver, C. y Aragonés, A. (1991). *El burnout: una forma específica de estrés*. En: Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Editorial Siglo XXI.

- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y su relación con variables sociodemográficas en la población chilena de la Región Maule [Versión electrónica]. *Universum*, 2.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people [Versión electrónica]. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Oishi, S. y Diener, E. (2001). Re-examining the general positivist model of subjective well-being: the discrepancy between specific and global domain satisfaction. *J Pers* Vol 69 (4): 641-66
- Organización Mundial de la Salud (1979). Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Padrós, F. (2002). Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. México, D.F. Universidad Iberoamericana.
- Patrick, D.L., Erickson, P. (1993a). *Assessing health-related quality of life for clinical-decision making*. In: Quality of life assessments: key issues in the 1990s. Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Patrick, D. L., Erickson, P. (1993b). *Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. New York, Oxford University Press.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, pp.164-172.
- Placer, D. (2004). Felicidad y vejez: ¿Dos conceptos contradictorios? Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Quiñones, I. S.; Palacios, R.; Corzo, L. y Ortiz, A. C. (2005). Creación de un instrumento para evaluar la calidad de vida en niños con Retinosis Pigmentaria. *Rev Hum Med* ; 5 (3) pp. 0-0
- Rodríguez Marín, J. (1993). *Calidad de vida en enfermos crónicos*. Valencia, Promolibro.
- Ruiz, M. A. y Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles* 2 (1): 31 – 43.

- Ryff, C. D. y Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited [Versión electrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp.719-727.
- Sánchez, R.; Ballesteros, M. y Gómez Aulí, A. (2009). Medición de la calidad de vida en ensayos clínicos de pacientes con cáncer. Un estudio bibliométrico. *Rev Colomb Cancerol* 13 (1): 29–34.
- Sánchez-López, M. P. y Quiroga, M. A. (1995). Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: Variables moduladoras [Versión electrónica]. *Anales de Psicología*, 11, pp.63-75.
- Soto Álvarez, J. (2003). Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. Uso de una lista-guía para su correcto diseño y evaluación. *An Med Interna (Madrid)* 20: 633-644.
- Terol, M. C. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología* Vol 16 (2), 111-122.
- Thompson, D. y Yu, C. (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease: I. Assessment tools, *Health Quality Life Outcomes* Vol 1 (1), p. 42.
- Tuesca Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 21: 76-86.
- Valderas, J. M. y Alonso, J. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud y otros resultados percibidos por los pacientes*. En: Publicación Científica Biomédica: Cap 16. Elsevier España. pp. 249-264.
- Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27, pp.1-2.
- Veenhoven, R. (1994). Is happiness a trait? *Social Indicators Research* Vol 32: 101-60.
- Vera, J. y Tánori, B. C. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.
- Victoria García-Viniegras, C.R.; López González, V. y Seuc Jo, A. (2004). Propuesta para la evaluación del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Victoria García-Viniegras, C. R. (2003). Consideraciones teóricas sobre el

bienestar y la salud. Una Revisión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. No 7.

Victoria García-Viniegras, C. R. (2005): El Bienestar Psicológico: Dimensión Subjetiva de la Calidad de Vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol 8 (2).

Victoria García-Viniegras, C. R. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, pp.586-592.

Victoria García-Viniegras, C. R., López, V, Seuc, A. y Fajardo, R. (2001). El Cuestionario de Bienestar Psicológico CAVIAR como propuesta metodológica de evaluación. La Habana, Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Vigotsky, L. (1987). *Historia de las funciones psíquicas superiores*. La Habana Editorial Científico-Técnica.

Walter, S. R. y Rosser, R. M. (1987). *Quality of life: Assessment and Application*. Lancaster, MTP press Ltd.

Zwetsloot, B. y Pot, F. (2004). The business value of health management. *Journal of Business Ethics*, 55, 115-124.