



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

TESIS DOCTORAL

**RELEVANCIA Y MEDIDA DEL BIENESTAR SUBJETIVO Y SU ASOCIACIÓN
CON EL ESTADO DE SALUD EN EL CONTEXTO EUROPEO**

DOCTORANDA:

BLANCA MELLOR MARSÁ

DIRECTORES:

FRANCISCO FÉLIX CABALLERO DÍAZ

MARTA MIRET GARCÍA

Francisco Félix Caballero, investigador post-doctoral en la Universidad Autónoma de Madrid y Marta Miret García, profesora ayudante doctora en la Universidad Autónoma de Madrid -como co-directores-, certifican: que Blanca Mellor Marsá, licenciada en Psicología, ha realizado la Tesis Doctoral titulada: "RELEVANCIA Y MEDIDA DEL BIENESTAR SUBJETIVO Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD EN EL CONTEXTO EUROPEO", considerando que reúne los méritos de calidad suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que así conste autorizamos la presentación de esta tesis doctoral en la Universidad Autónoma de Madrid.

En Madrid a 4 de mayo de 2017.

FDO: Dr. Francisco Félix Caballero

FDO: Dra. Marta Miret García



Sophrosyne, personificación de la moderación, la discreción y el autocontrol, fue uno de los espíritus que escaparon de la caja de Pandora buyendo hasta el Olimpo y abandonando para siempre a la especie humana.

Pintura original de J.W. Waterhouse (1849-1917).

A los que luchan

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a quienes me han apoyado en el desarrollo de este trabajo. En primer lugar al Dr. José Luis Ayuso Mateos por ofrecerme esta gran oportunidad, por la confianza y el aprendizaje que me ha brindado en el grupo de investigación que dirige. Al Dr. Francisco Félix Caballero, por su compromiso, su disposición, su entrega y por una supervisión científica impecable durante estos años. A la Dra. Marta Miret porque su amor a la tarea bien hecha y el mimo con el que enfrenta los retos la convierten en fuente de inspiración además de experta en el área. Sin ellos, esta tesis no hubiera sido posible. Gracias al Dr. Francisco J. Abad, por su esmero y perfeccionismo, por su apuesta por la innovación y el esfuerzo. A la Dra. María Cabello por su orientación, su ayuda y su dedicación y motivación desinteresadas durante todo el proceso. Y por su generosa amistad. A la Dra. Leal por su ayuda y vocación. A todos los investigadores involucrados directamente en el trabajo de campo de los estudios aquí presentados por su trabajo y sus sugerencias. A Antonio Luengo por su paciencia y por servir de soporte a tantos investigadores durante estos años.

Agradezco a mis compañeros del Grupo Multidisciplinar de Investigación en Trastornos Afectivos: María, Marta, Félix, Itziar, Ana, Carolina, Kaloyan, Laura, Natalia, Mar, Celia. A mi familia y mis amigos y compañeros por apoyarme incondicionalmente en cada reto. A Pablo, por regalarme un sentido, por mantenerse a mi lado y porque “nunca pasa nada”.

Este trabajo se encuadra dentro de una investigación más extensa dirigida por el Dr. José Luis Ayuso-Mateos, IP del Grupo Multidisciplinar de Investigación en Trastornos Afectivos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Concretamente, el cuestionario DRM fue desarrollado en el contexto del Estudio Global

sobre el Envejecimiento y la Salud en Adultos (SAGE; Study on Global Ageing and Adult Health, OMS) y las bases de datos utilizadas en la presente investigación provienen de los datos del proyecto Courage in Europe financiado por VII Programa Marco de la Unión Europea (FP7/2007-2013) bajo la convocatoria 223071, del Instituto de Salud Carlos III-FIS convocatorias PS09/00295 y PS09/01845, y del Ministerio de Salud e Innovación ACI-Promociona (ACI2009-1010) y la convocatoria 282586 (ROAMER). A su vez, esta tesis fue financiada por la Universidad Autónoma de Madrid, y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

“You all, healthy people... can't imagine the happiness which we epileptics feel during the second before our fit... I don't know if this felicity lasts for seconds, hours or months, but believe me, for all the joys that life may bring, I would not exchange this one.”

Fyodor Dostoevsky

ÍNDICE

1. PREFACIO	17
2. INTRODUCCIÓN	21
2.1. Justificación y contextualización del bienestar subjetivo	21
2.2.1. ¿Por qué es importante estudiar la felicidad?	21
2.1.1.1. El bienestar subjetivo como indicador de progreso	21
2.1.1.2. Medidas para un nuevo modelo de desarrollo	25
2.1.1.3. Bienestar subjetivo y diferencias culturales	27
2.2. Definiciones, clasificaciones y modelos de bienestar subjetivo	28
2.2.1. Aclaración preliminar	28
2.2.2. Evolución histórica y variaciones culturales del concepto	28
2.2.3. Definiciones actuales	29
2.2.4. Tipos de bienestar subjetivo	33
2.2.5. Modelos de abajo a arriba y de arriba abajo	36
2.3. La medida de la felicidad: alcances y limitaciones	38
2.4. Bienestar y salud	40
2.4.1. Relaciones entre el bienestar subjetivo y el estado de salud	40
2.4.2. Otras variables relevantes en el estudio del bienestar subjetivo y la salud	41
2.5. Conclusiones y nuevas preguntas	44
2.6. Planteamiento de la presente investigación	47
2.6.1. Estudio 1. Bienestar como prioridad en la agenda de investigación europea	48
2.6.2. Estudio 2. Validación de un instrumento de medida	49

del bienestar subjetivo	
2.6.3. Estudio 3. Evaluación de la asociación entre felicidad y estado de salud	54
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	57
4. MÉTODO	59
4.1. Estado de la investigación sobre bienestar subjetivo en Europa	60
4.1.1. Mapeo sistemático: términos de búsqueda y filtrado de referencias	61
4.1.2. Extracción de información	62
4.1.3. Análisis de frecuencias	64
4.2. Equivalencia métrica de un instrumento de bienestar subjetivo en tres muestras europeas representativas	66
4.2.1. Diseño de la encuesta y muestra entrevistada	66
4.2.2. Procedimiento y materiales para la validación	68
4.2.3. Medidas de bienestar subjetivo	69
4.2.4. Análisis estadístico	74
4.2.4.1. Descripción de la base de datos	74
4.2.4.2. Modelo de medida y análisis factorial confirmatorio	75
4.2.4.3. Índices de fiabilidad	78
4.2.4.4. Modelos de equivalencia métrica	81
4.2.4.5. Comparación del bienestar subjetivo entre países y condiciones	84
4.2.5. Programas estadísticos empleados	85
4.3. Asociación entre bienestar y salud en tres muestras europeas	86
4.3.1. Medidas de bienestar y salud y otras variables relevantes	86

4.3.2. Análisis de la asociación entre el bienestar y estado de salud	87
4.3.3. Comparación de medias de bienestar subjetivo y salud entre países	89
5. RESULTADOS	91
5.1. Estado de la investigación sobre bienestar en Europa	91
5.1.1. Procedencia y factor de impacto de los estudios	92
5.1.2. Estudios con datos originales	97
5.1.3. Volumen de publicaciones controlando por PIB y tamaño de la población	99
5.1.4. Número de publicaciones según las características de la muestra	101
5.1.5. Resultados del control de calidad de la revisión	102
5.2. Equivalencia métrica de un instrumento para la medida del bienestar subjetivo	103
5.2.1. Características de la muestra	103
5.2.2. Ajuste del modelo	104
5.2.3. Fiabilidad de las puntuaciones	106
5.2.4. Evidencias de invarianza factorial	107
5.2.5. Comparación de medias de bienestar subjetivo entre países y condiciones	113
5.3. Análisis de la relación entre bienestar y salud en el marco europeo	115
5.3.1. Comparación de medias de bienestar evaluativo y salud entre países	115
5.3.2. Asociación entre bienestar subjetivo y estado de salud	116
6. DISCUSIÓN	119
6.1. Hallazgos fundamentales	119
6.1.1. Estudio 1. Bienestar subjetivo como prioridad en la agenda europea	119

6.1.2. Estudio 2. Validación de una medida de bienestar subjetivo	123
6.1.3. Estudio 3. Evaluación de la asociación entre felicidad y estado de salud	126
6.2. Fortalezas	130
6.3. Limitaciones	132
6.4. Futuros pasos	138
6.5. Consideraciones adicionales	141
6.6. Conclusiones	143
7. ANEXOS	145
7.1. Estrategias de búsqueda	145
7.2. Tríptico informativo del Estudio Europeo COURAGE	160
7.3. Carta de presentación del proyecto	161
7.4. Modelo de Consentimiento Informado para la firma del participante	162
7.5. Aprobación del Comité de Bioética, Universidad Jagiellonian, Cracovia, Polonia	163
7.6. Aprobación del Comité de Revisión de Ética, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España	164
7.7. Aprobación del Comité de Revisión de Ética, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España	165
7.8. Aprobación del Comité de Revisión de Ética, Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, Finlandia	166
7.9. Versión abreviada del DRM (Set A: mañana)	170
8. REFERENCIAS	185

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Lista de actividades	70
Tabla 2. Puntuaciones basadas en los ítems de la versión abreviada del <i>Day Reconstruction Method</i>	73
Tabla 3. Grados de invarianza factorial	83
Tabla 4. Número de publicaciones, factor de impacto medio a cinco años y porcentaje de artículos en el primer cuartil por país	96
Tabla 5. Número de publicaciones, factor de impacto medio a cinco años y porcentaje de artículos en el primer cuartil por país, considerando solo estudios primarios	98
Tabla 6. Características sociodemográficas por país	104
Tabla 7. Índices de bondad de ajuste y pesos factoriales estandarizados para el modelo de dos factores correlacionados, por país	105
Tabla 8. Índices de fiabilidad	107
Tabla 9. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos de invarianza a través de los tres países	108
Tabla 10. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos de invarianza a través del marco temporal y del tipo de día de la semana	112
Tabla 11. Medias latentes para el afecto positivo y negativo en cada país	113
Tabla 12. Medias latentes (DT) para el marco temporal y el tipo de día de la semana en cada país	114
Tabla 13. Comparación de medias (IC 95%) en bienestar evaluativo y salud	116
Tabla 14. Modelo de regresión por bloques, considerando la puntuación de estado de salud como variable dependiente	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Geografía de la felicidad	23
Figura 2. Distribución del nivel de felicidad (2.a) y estado de salud auto-reportado (2.b) en las distintas regiones europeas	24
Figura 3. Beneficios del bienestar subjetivo	26
Figura 4. Tipos de bienestar subjetivo	30
Figura 5. Componentes del bienestar subjetivo	32
Figura 6. Escala de Auto-Anclaje de Cantril de satisfacción con la vida	34
Figura 7. Modelos de bienestar subjetivo	37
Figura 8. Media de bienestar evaluativo por género, zona geográfica y edad	43
Figura 9. Composición de las regiones macro-geográficas, subregiones geográficas y grupos económicos y otros grupos seleccionados según la ONU	64
Figura 10. Tamaño muestral y porcentaje de respuesta nacionales	67
Figura 11. Modelo de AFC de dos factores correlacionados para la versión abreviada del cuestionario DRM	76
Figura 12. Esquema conceptual del mapeo	92
Figura 13. Número de publicaciones por año en cada región europea	93
Figura 14. Porcentaje de publicaciones sobre bienestar en el área de la salud mental en Europa entre 2007 y 2014	94
Figura 15. Número de publicaciones por millón de habitantes (15. a) y por 10 millones de euros del PIB (15.b.)	100
Figura 16. Pesos factoriales estandarizados (λ) y correlaciones entre factores para el modelo de invarianza estructural (16.a) y el modelo de invarianza estricta parcial (16.b) en cada país	110

1. PREFACIO

En la mitología griega, Tántalo, hijo de Zeus y la oceáide Plutón, era favorito entre los dioses.

“Su vida era, según los estándares del común de la gente, despreocupada, alegre y de todo punto feliz...” (Bauman, 2003, p.13).

Pero cometió la arrogancia de aspirar a poseer el don de lo justo, de la política, y al poner a prueba la sapiencia divina, sufrió su furia siendo condenado a sufrir escasez bajo la paradoja de la abundancia. El mensaje del mito, según Bauman (2003, p.13) advierte que uno puede ser feliz –al menos inconscientemente-, siempre y cuando permanezca ajeno al motivo de su felicidad y ciego a las reglas que la rigen y sea como fuere, según suscribe Bauman (2013, p.14):

“el objeto quedará siempre lejos de nuestro alcance”.

La ciencia, como Tántalo, ha intentado una y otra vez descubrir y manipular las condiciones para la felicidad.

Sin embargo, en un contexto internacional en el que la guerra, la enfermedad y las relaciones injustas de poder, golpean a gran parte de la población, el concepto de bienestar puede resultar de entrada frívolo, superficial, o propio de una mirada etnocentrista sesgada hacia los intereses de Occidente. Preocuparnos por el nivel de bienestar subjetivo en las sociedades en las que las condiciones objetivas son benévolas parece irrelevante en comparación con la búsqueda de medidas para paliar los grandes dramas de nuestro tiempo.

Contrariamente a esta primera intuición, es una realidad que las personas no sólo huyen de la miseria sino que buscan incentivos positivos (Diener, 1999) siendo este un importante motor de la actividad y las relaciones humanas. Siendo así, la satisfacción que las personas sienten con los diferentes aspectos de sus vidas y los afectos que experimentan, merecen un abordaje científico y es esta la razón que dota de sentido al presente trabajo de investigación.

La motivación que atraviesa los distintos apartados de esta tesis tiene su origen en la creciente evidencia de que evaluar el concepto de bienestar subjetivo desde una perspectiva científica y rigurosa, es una motivación legítima y práctica. Nace de la necesidad de analizar las condiciones que permitan informar las decisiones hacia una transformación justa, radical y plena de las sociedades humanas.

Este estudio está basado en la recogida de información, el análisis pormenorizado de los datos observados, el examen de los resultados y la extracción de conclusiones. En contraste con la realidad documentada hasta el momento, trata de dar respuesta a las preguntas que, desde el ámbito de las ciencias humanas, se vienen planteando cada vez de un modo más operativo y práctico en los últimos años:

¿Qué entendemos por felicidad?, ¿más allá de su atractivo hedonista, cuál es el interés de estudiar el bienestar subjetivo desde una perspectiva académica?, ¿qué ha motivado a políticos, economistas y administradores a demandar indicadores poblacionales subjetivos como descriptivos del progreso de culturas, y grupos sociales?, ¿es plausible una evaluación fiable y válida del bienestar subjetivo de personas y sociedades?, ¿qué relación existe entre los afectos experimentados, las evaluaciones realizadas por las personas acerca de sus vidas y la salud?

En definitiva, a pesar de las dificultades que entraña el examen científico de un constructo de naturaleza subjetiva y vulnerable a interpretaciones culturales muy diversas,

este trabajo persigue un acercamiento profundo al estudio de la importancia que las sociedades europeas brindan, en los últimos tiempos, al bienestar de sus habitantes, los métodos que permiten evaluarlo, las condiciones que subyacen a la felicidad y su asociación con variables de primera prioridad como el estado de salud.

En él se trata la relevancia que puede tener el instituir nuevos indicadores de bienestar subjetivo como facilitadores del progreso de las sociedades humanas, entendiendo éste como la adquisición común y equitativa de las metas vitales de las personas y comunidades que las componen, desde una perspectiva holística, inclusiva y justa. Desde el punto de vista de la tarea desarrollada, el proceder empírico ha consistido en la búsqueda de una narrativa teórica y un análisis técnico basado en las fuentes bibliográficas disponibles para el desarrollo informado del problema y los posibles retos existentes; el planteamiento de objetivos e hipótesis; la construcción de un método adecuado a las necesidades de medida y evaluación así como la búsqueda de asociaciones que iluminen posibles planes de intervención. La extracción de resultados y su discusión a la vista de lo encontrado durante la fase de documentación, así como la elaboración de una guía de posibles futuros pasos sirven a modo de conclusión preliminar a esta tesis.

Los resultados que se describen en las siguientes páginas pretenden arrojar luz sobre la validez y pertinencia de nuevos indicadores en la evaluación del progreso de las sociedades que permitan hacer comparaciones entre las distintas formas políticas de gestión y organización, y los diferentes sistemas educativos, sanitarios, administrativos, etc.; y aporten evidencias en favor de cambios sociales racionales que puedan contribuir a un mayor nivel de felicidad en la población.

Dichos hallazgos pretenden contribuir, asimismo, al conocimiento en este campo: la información aquí descrita es relativa a un área geográfica privilegiada pero puede servir como un primer paso hacia la preparación de nuevos estudios que puedan completar este

mapa. Finalmente, de nada servirían los esfuerzos en investigación sin un compromiso ético paralelo por parte de instituciones, y colectivos, de eliminar barreras y posibilitar un acceso equitativo e inclusivo a toda la población a aquellos factores y recursos que han demostrado tener relación con el bienestar de las personas. Este es el fin último que motiva la presente investigación, cuya realización final tiene como requisito la coordinación de los diferentes agentes que intervienen en el proceso del justo desarrollo de las sociedades.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Justificación y contextualización del bienestar subjetivo.

2.1.1. *¿Por qué es importante estudiar la felicidad?*

2.1.1.1. El bienestar subjetivo como indicador de progreso

La felicidad se considera cada vez más un indicador adecuado de progreso social y una meta a abordar por las políticas públicas. Esta nueva perspectiva es algo reciente (Helliwell et al., 2015) y sin embargo, parte de una idea que ha ido ganando terreno entre políticos e investigadores en los últimos años: construir un mundo más justo requiere, por un lado, dar a las condiciones que fomentan la felicidad, un papel central, y por otro, introducir cambios en la forma en que se evalúan los resultados de las intervenciones sociales y el modo en que se diseñan y desarrollan las políticas.

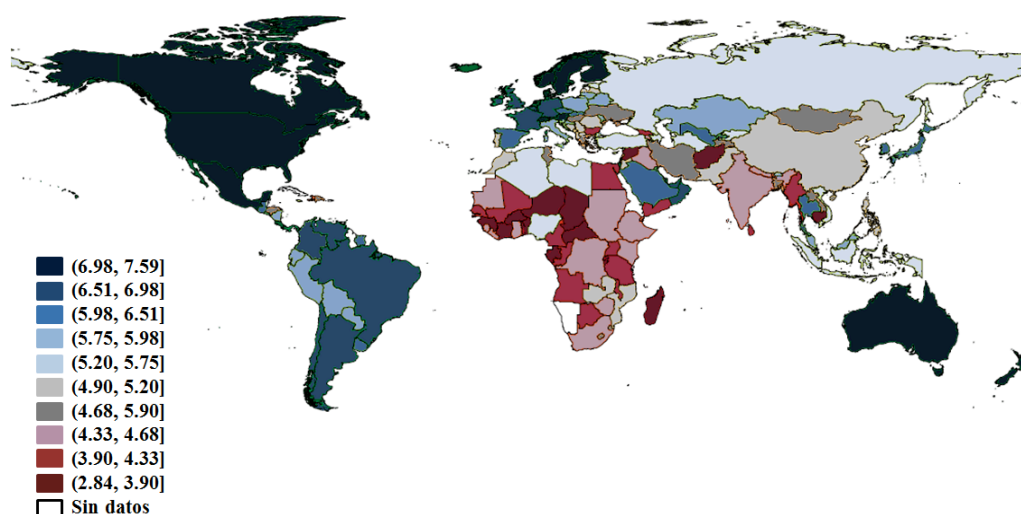
Los datos disponibles provenían hasta hace poco de las naciones más ricas y, mayoritariamente, de estudios basados en muestras occidentales, pero comienzan a aparecer evidencias acerca de sociedades de todo el mundo y con diversa representación en cuanto al estatus socioeconómico (Diener and Gonzalez, 2011).

La prueba de ello es que en los últimos tiempos se han creado diversas instituciones y agencias que han comenzado a poner de relieve esta necesidad. Así, la Comisión sobre la Evaluación del Desempeño Económico y el Progreso Social advirtió, en los años previos a la crisis de 2008, que el énfasis debía cambiar hacia la evaluación del bienestar de las personas a nivel nacional (Stiglitz et al., 2009), más allá de la simple medida de la producción económica, las cifras de paro o la inflación.

En consonancia con este nuevo enfoque, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, emprende la acción “Better Life Initiative” con el objetivo de medir progresos en ámbitos de bienestar, como la satisfacción con la vida, la salud, la educación y el medio ambiente (OECD, 2013).

En este contexto, surge la necesidad de dotarse de instrumentos que garanticen la calidad de las medidas de bienestar subjetivo. En las últimas décadas se ha desarrollado y validado una variedad de escalas de bienestar subjetivo que permiten tener una idea de la distribución de estas medidas en la población global (Figura 1). Muy rápidamente se ha incrementado el número de publicaciones científicas en torno al tema y, los organismos oficiales de estadística, guiados por el consejo técnico de los expertos en el campo, las han incorporado al cuerpo de indicadores nacionales e internacionales de estadística y se ha consolidado su utilidad a nivel político (Donovan and Halpern, 2002).

Figura 1. Geografía de la felicidad.



Valores medios nacionales derivados de la Escala de Auto-Anclaje de Cantril referidos a la satisfacción con la vida para el periodo 2012-2014. Figura extraída y modificada del informe: World Happiness Report (2015).

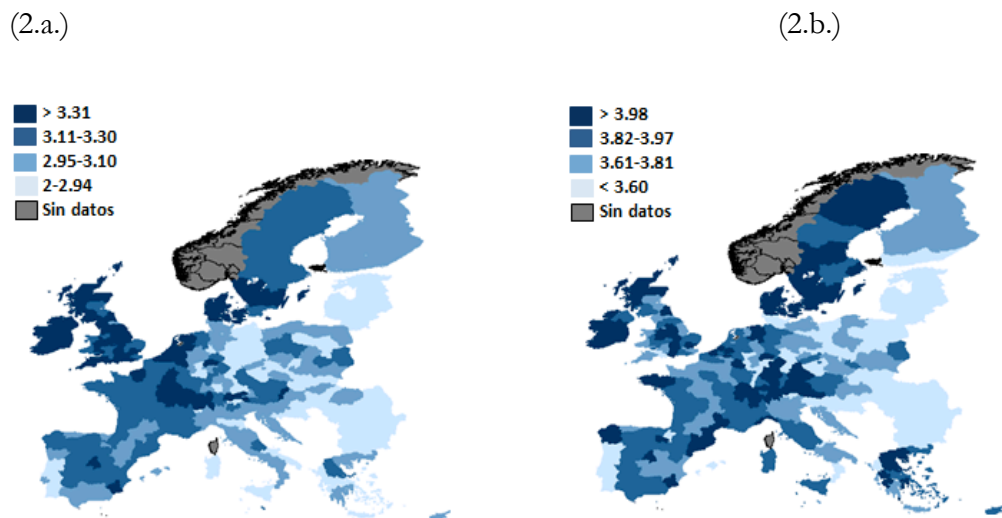
La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa ha celebrado varias reuniones de expertos sobre la medición y la fijación de objetivos para el bienestar, a fin de proporcionar directrices sobre cómo informar sobre éste (Steptoe and Wardle, 2011; WHO, 2012a). El concepto de bienestar subjetivo es especialmente relevante en el área de la salud mental y los trastornos mentales. La enfermedad mental es la causa más importante de un bajo bienestar (Helliwell et al., 2013).

Por otro lado, muchas voces han enfatizado la importancia de promover una salud mental y un bienestar positivos para la población en general. Los hallazgos del proyecto Foresight Mental Capital y Wellbeing (2008) (<https://www.gov.uk/government/collections/mental-capital-and-wellbeing>) han mostrado que lograr un pequeño cambio en el nivel medio de bienestar en toda la

población produciría una gran disminución en el porcentaje de personas con trastornos mentales y también en el porcentaje de personas que tienen una condición subclínica.

Desde diversas organizaciones e instituciones se ha llamado la atención sobre la urgencia de la elaboración de indicadores nacionales que ayuden a establecer aquellas poblaciones en riesgo de presentar niveles más bajos de felicidad. Esto es así por su relación con variables de primer orden de importancia para el diseño de políticas sociales pero también sanitarias, educativas, a nivel internacional etc. Algunos modelos explicativos, como el hipotetizado sobre el proyecto “2008 European Values Study” (Pierewan and Tampubolon, 2015) ilustran estas relaciones mostrando cómo la salud y la felicidad covarían (Figura 2. a. y Figura 2. b.) a nivel individual, regional y nacional.

Figura 2. Distribución del nivel de felicidad (2.a) y estado de salud auto-reportado (2.b) en las distintas regiones europeas.



NOTA: En el estudio original (<http://www.europeanvaluesstudy.eu/>), la felicidad fue evaluada mediante la pregunta: "Tomando todo en conjunto, ¿dirías que eres: muy feliz, bastante feliz, no muy feliz o nada feliz?". Por su parte, la salud fue medida por la pregunta: "En general, ¿cómo describiría su estado de salud en estos días? ¿Diría usted que es: muy buena, buena, adecuada, pobre o muy pobre?".

Así, dado que los datos de riqueza económica de las sociedades resultan insuficientes para dar cuenta del bienestar de las personas, los expertos comienzan a instar a las instituciones políticas locales, nacionales e internacionales a reorganizar sus agendas incorporando índices de bienestar subjetivo, que van ganando terreno en Europa y Estados Unidos, y poco a poco internacionalmente (Diener and Suh, 1997).

2.1.1.2. Medidas para un nuevo modelo de desarrollo

Todas estas iniciativas vienen motivadas porque los expertos coinciden en que las personas felices manifiestan una serie de cualidades beneficiosas socialmente que tienen que ver con la participación en la comunidad, las relaciones con los demás, la longevidad (Staw et al., 1994; Veenhoven, 1988). Como se observa en la figura 3, las personas con un alto nivel de bienestar subjetivo pueden incluso incidir positivamente en su entorno y en ningún caso el bienestar debe concebirse como una caricatura referida a una personalidad hedonista, pasiva y desmotivada.

Figura 3. Beneficios del bienestar subjetivo.

Salud y longevidad	Mejor funcionamiento del sistema inmunológico y el cardiovascular Más conductas saludables y seguras Mayor esperanza de vida
Relaciones sociales	Más populares Más estables Más gratificantes Mayor apoyo hacia y de los demás
Productividad	Mayor éxito en las organizaciones Mayor productividad grupal Empresas más solventes
Generosidad	Mayor solidaridad Mayor tendencia a ayudar a los demás.

NOTA: *Extraído y traducido de (Diener and Tay, 2012).*

Sin embargo, cabe la pregunta de ¿cuántos recursos hemos de emplear en incrementar el bienestar?

Pese a la importancia de los indicadores subjetivos de progreso, los tradicionales problemas que se han de analizar en el plano de la política no han desaparecido. El grado de prioridad que ha de conferirse al objetivo de combatir la miseria frente a los esfuerzos por incrementar la felicidad es, en última instancia, una decisión ética. Es necesario valorar qué peso atribuimos al ejercicio de garantizar el bienestar de las futuras generaciones (Helliwell et al., 2012). En respuesta a este dilema, en 2015 entra en vigor del Proyecto de Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDGs, por sus siglas en inglés: “<https://sdg-sse.org/>”) que pretende establecer unas pautas que consoliden un modelo más inclusivo de desarrollo a nivel global. La adopción de este compromiso por parte de los estados miembros de la ONU en la cumbre de Naciones Unidas en septiembre de 2015 supone situar la felicidad y el bienestar en el papel de facilitadores de este proceso.

2.1.1.3. Bienestar subjetivo y diferencias culturales

Por otro lado, las personas difieren marcadamente en los factores que consideran a la hora de evaluar su satisfacción con la vida y en esta interpretación influyen fuertemente los valores, las metas, las expectativas, y la regulación de los deseos o los juicios típicos de las sociedades en las que se han culturizado. Así en las culturas occidentales la emoción experimentada, la autoestima, la coherencia entre principios y estilo de vida son factores muy influyentes mientras que, en las colectivistas, generalmente en zonas geográficas más orientales, las apreciaciones sociales que hacen familia y amigos parecen ejercer una fuerte influencia en las valoraciones que hacen las personas (Diener and Suh, 2000). En esta misma línea, las primeras tienden a experimentar niveles más altos de satisfacción en diversas áreas como el trabajo o las relaciones afectivas y sin embargo, estos datos contrastan con las altas tasas de suicidio (Diener et al., 2003). Como contrapartida, en el segundo caso, el estatus marital, laboral, etc. suele ser más estable pero la satisfacción con las circunstancias presentes suele ser menor, tienen un mayor apoyo social, y relacionan su estado de felicidad con la idea de ajustarse al deber, muestran un estilo de afrontamiento de reevaluación positiva, tienden a minimizar la comunicación emocional y la rumiación de las emociones negativas (Basabe et al., 2009).

En este sentido, parece importante tomar en consideración los elementos culturales a la hora de diseñar y validar instrumentos para recoger información encaminada a comparar muestras de distintas procedencias en los estudios sobre bienestar.

2.2. Definiciones, clasificaciones y modelos de bienestar subjetivo

2.2.1. Aclaración preliminar

El concepto de "felicidad" ha sido criticado por su amplitud, por aludir a una de las muchas emociones que experimentamos, en lugar de aludir a una gama más amplia de medidas a las que se quiere dar cobertura al investigar en este campo. Hay quien considera que utilizar este término subestima su importancia, banalizándola y pudiendo dar pie a que sea ignorado como concepto serio de investigación (Diener, 1984). Aquí se hará referencia a uno (felicidad) y otro concepto (bienestar subjetivo) indistintamente, porque ambos son reflejo del creciente nivel de difusión que tiene esta nueva área de estudio entre investigadores y agentes sociales y porque el uso del primero va en aumento dado que atrae al lector y se emplea a menudo por quienes quieren despertar el interés en la audiencia (Lyubomirsky and Ross, 1999).

2.2.2. Evolución histórica y variaciones culturales del concepto

Eudaimonia (εὐδαιμονία) de raíz griega, alude a la “plenitud de ser” estableciendo la relación entre *eu* (bueno) y *daimon* (dios, espíritu, demonio), combinando los conceptos de felicidad y fortuna. Es por esto que historiadores y filósofos coinciden en indicar que en la antigüedad clásica, la felicidad se consideraba algo que trascendía el quehacer humano, y que dependía de los dioses y la suerte (Kesebir and Diener 2008; Oishi, 2012). Mientras que poetas y escritores trágicos aceptaron esta narración fatalista sobre la felicidad, Sócrates sostenía una hipótesis en la que la educación del deseo era clave

para la felicidad, sobre la que el ser humano ejerce control en alguna medida (McMahon, 2006).

Aristóteles en su *Ética Nicomáquea* (1985). describe su noción de *eudaimonia*, como "viviendo bien y haciendo bien". Por su parte, Kant considera que la filosofía moral debe centrarse sobre los factores externos que contribuyen a la felicidad (Oishi, 2008). Durante la Ilustración la búsqueda de la felicidad pasó a ser condenada o subestimada como fin inalcanzable terrenal (McMahon, 2006) hasta que en el siglo XIII Santo Tomás de Aquino y Martín Lutero en el XVI, reclaman el papel del esfuerzo humano en el proceso de la felicidad, haciendo énfasis en la búsqueda activa de la felicidad en contraste con el concepto de destino clásico.

Por otro lado, también las distintas culturas y áreas geográficas han utilizado diferencialmente el concepto (Lu et al., 2001). Así las naciones colectivistas parecen mostrar mayor propensión a desarrollar un concepto externo de control (Triandis, 1995), que las individualistas. Por último, factores socio-ecológicos como el clima y la prevalencia de patógenos, así como las condiciones económicas, pueden desempeñar un papel que influye en cómo la felicidad es percibida (Oishi and Graham, 2010).

2.2.3. Definiciones actuales

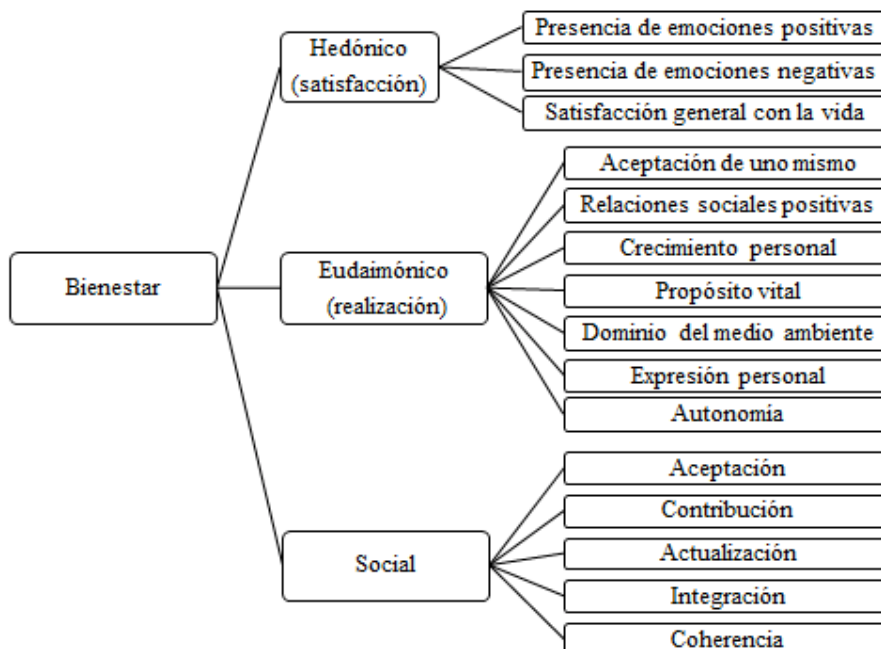
Hasta mediados del siglo XX las teorías en torno a la felicidad habían sufrido pocos cambios respecto a la concepción clásica (Dodge, 1930). En este contexto, las causas subyacentes al origen de la felicidad, según Wilson (1967, p.302), no habían sido aún analizadas. Pese a ello, este autor, que coloca en el centro de su definición la "pronta satisfacción de las necesidades", hipotetiza como elementos facilitadores:

“la experiencia pasada, las comparaciones con otros, los valores personales y otros factores”

(citado en (Diener et al., 1999).

Los modelos más ampliamente estudiados de bienestar subjetivo (Figura 4) han sido postulados por la tradición hedónica. Flugel (1925) y Bradburn (1969) estudiaron cómo se sienten las personas en su vida cotidiana frente a la línea teórica eudaimónica (Waterman, 1993), dentro de la cual el bienestar psicológico es considerado el resultado de objetivos vitales positivos de auto-aceptación, desarrollo y crecimiento plenos y de sentido y autodeterminación (Ryan et al., 2006; Ryff, 1989). Por último, la perspectiva del bienestar social se ocupa de fenómenos públicos, centrados en las tareas sociales que enfrentan los adultos (Keyes, 1998): integración social, contribución social, coherencia, actualización social y aceptación social (Gallagher et al., 2009).

Figura 4. Tipos de bienestar subjetivo.



NOTA: Figura extraída, modificada y traducida a partir de (Kahneman et al., 1999; Keyes, 1998; Ryff, 1989).

En las décadas siguientes, Stones y Kozma (1985) definen el bienestar subjetivo como un conjunto heterogéneo de fenómenos que abarcan:

- las respuestas afectivas;
- los niveles de satisfacción en diversas áreas vitales;
- la evaluación global de la satisfacción con la vida.

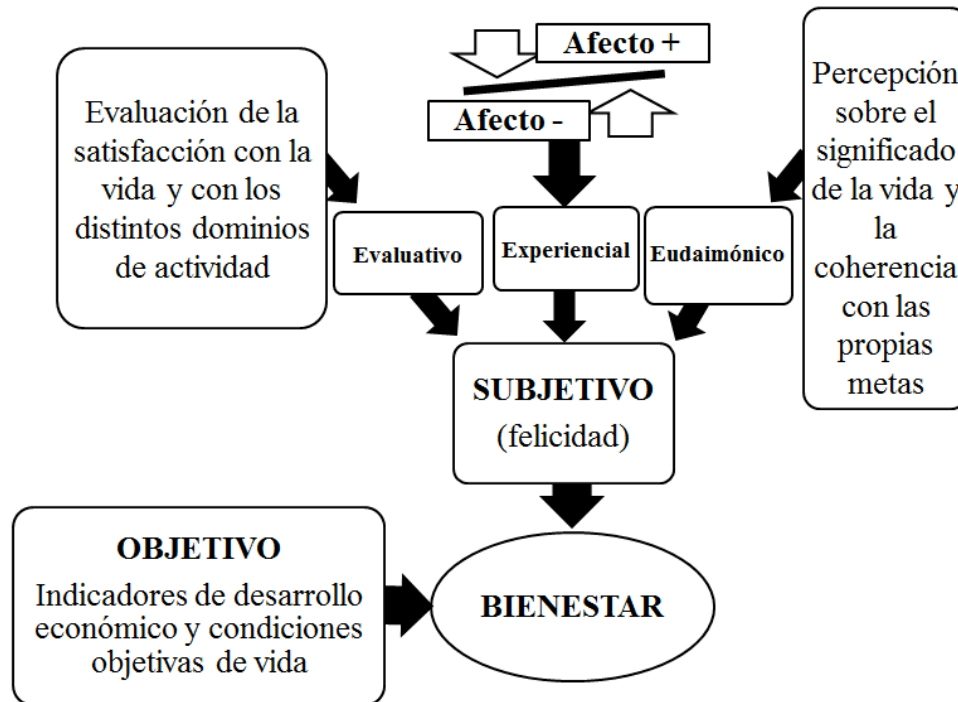
En esta línea, en la actualidad, algunas de las definiciones más ampliamente aceptadas de bienestar son las propuestas por Diener y colaboradores (1999), que describen el bienestar subjetivo como:

"una categoría de fenómenos que incluye la satisfacción de una persona con varios dominios de la vida, sus juicios globales de satisfacción con la vida y su estado afectivo actual, medido como una medida ponderada en el tiempo de la cantidad de emociones negativas o positivas".

Y la propuesta por Keyes y López (2001), que afirma que:

“el bienestar refleja la percepción y evaluación individual de la propia vida en términos de estados afectivos y funcionamiento psico-social y social”.

Figura 5. Componentes del bienestar subjetivo.



NOTA: Basada en (Diener et al., 1999).

Al describir la evaluación que la persona hace de su propia vida, Diener (2000) incluye, como elemento mediador, la evaluación cognitiva que el sujeto hace además de la experiencia emocional de placer frente al dolor, y el afecto global o balance hedónico definido como el equilibrio o resta entre estos dos términos (Figura 5).

Siguiendo esta tendencia, en las últimas décadas el énfasis ha trascendido la identificación de condiciones que posibilitan la felicidad. La investigación centrada en los eventos externos responsables del bienestar -o el modelo conocido como “de abajo a arriba”- ha dado paso a postulados “de arriba a abajo”. Estas nuevas teorías implican el examen y comparación de los procesos que toman partido en la relación entre los factores

externos, el bienestar y el individuo. Se inicia, por tanto, una tendencia investigadora que comienza a poner en el centro de estudio las experiencias, valores y metas y su influencia en cómo la persona responde ante las circunstancias que experimenta (Diener et al., 1999).

Si originalmente la investigación se centraba en correlacionar múltiples variables sociodemográficas -estado civil, nivel de riqueza, espiritualidad, estatus laboral, etc.- con la felicidad, tratando de buscar y describir las causas del bienestar subjetivo, en los años más recientes la investigación se ha focalizado en intentar comprender la naturaleza de las condiciones subyacentes—personalidad, cognición, metas, cultura, adaptación o estilos de afrontamiento- al modo en que los sucesos vitales influyen en el bienestar.

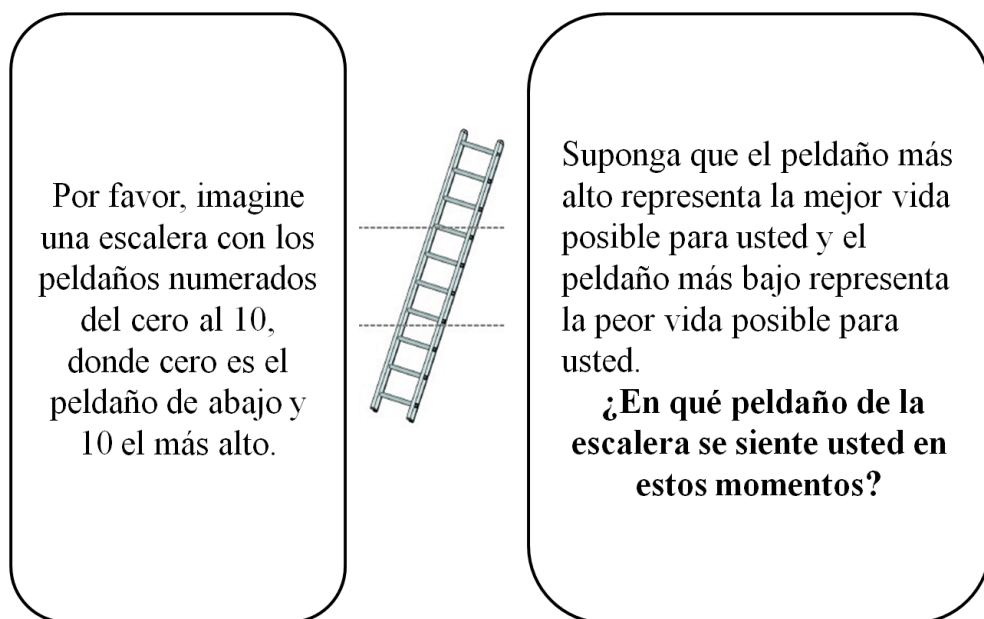
Este nuevo abordaje responde a la evidencia de que los factores externos explican sólo una parte de la varianza explicada por el bienestar subjetivo y ha permitido la apertura hacia nuevas líneas de estudio acerca de la interacción de estas variables y cómo estos procesos moderan la relación entre los eventos vitales y el bienestar (Diener et al., 1999).

2.2.4. Tipos de bienestar subjetivo

Siguiendo la tradición Aristotélica, gran parte de la investigación sobre bienestar subjetivo en los últimos años ha distinguido entre el bienestar hedónico (Kahneman et al., 1999) basado en la idea del logro del placer y la evitación del dolor; el bienestar eudaimónico (Ryff and Singer, 2008), en relación con el significado y la autorrealización o pleno funcionamiento de la persona (Ryan and Deci, 2001), en los recursos y fortalezas, la autenticidad y propósito (Waterman et al., 2010). Sin embargo, recientemente, algunas voces se han alzado para argumentar a favor de un modelo integral de salud mental que aúne ambas perspectivas (Keyes, 2007; Keyes et al., 2002).

La investigación distingue entre dos formas diferentes de evaluar el bienestar subjetivo. La primera tiene que ver con preguntas que permiten que el individuo evalúe su propia vida y se conoce como medida del bienestar evaluativo (Figura 6). La segunda forma, corresponde a la evaluación del bienestar experiencial, resulta de la tarea de elicitar en el sujeto la descripción de las emociones positivas y negativas experimentadas cotidianamente. Mientras que el primer acercamiento interroga al sujeto acerca de la evaluación global de la calidad de su vida, el segundo recoge los afectos positivos y negativos experienciales momento a momento por los individuos entrevistados (Kahneman and Deaton, 2010).

Figura 6. Escala de Auto-Anclaje de Cantril de satisfacción con la vida.



Dado que el constructo a examen está compuesto por distintos componentes, su evaluación requiere un enfoque multidimensional que incluya tanto juicios cognitivos como respuestas emocionales (Diener and Emmons, 1984; Ryff and Keyes, 1995).

Así se distinguen tres aspectos del bienestar subjetivo:

- el bienestar evaluativo o satisfacción con la propia vida;
- el bienestar experiencial o las emociones que las personas experimentan en su día a día;
- el bienestar eudaimónico: el sentido de propósito y significado en la vida de las personas.

En la práctica, las diferencias internacionales en las medidas de emociones positivas y negativas son explicadas por seis factores: el PIB per cápita, los años de esperanza de vida saludables, el apoyo social, la confianza, la libertad y la generosidad (Helliwell et al., 2015). Sin embargo, sólo la información sobre las emociones positivas contribuye significativamente a la hora de explicar las evaluaciones que las personas hacen de su propia vida. Una posible explicación es que proporcionan una vía para la influencia que ejerce la libertad percibida y el apoyo social (Helliwell et al., 2015).

En todo caso, las medidas de bienestar experiencial, especialmente las emociones positivas y negativas y los juicios sobre el propósito de la propia vida pueden combinarse con la información sobre las circunstancias de la vida para mejorar la calidad de la medida de bienestar subjetivo.

En los últimos años del siglo XX y primeros del nuevo milenio surgen nuevas estrategias para evaluar el bienestar subjetivo que intentan superar los inconvenientes de los tradicionales auto informes globales (Diener et al., 1999).

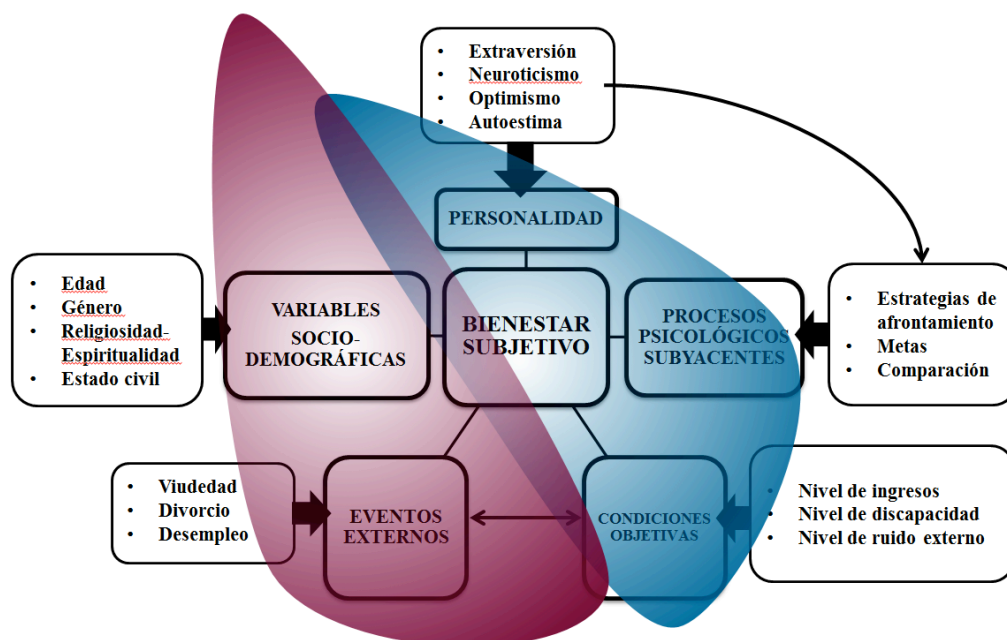
2.2.5. Modelos de abajo a arriba y de arriba a abajo

Como ya se ha mencionado, a la luz de los últimos resultados en estudios descriptivos y vista la poca influencia que tienen las variables sociodemográficas sobre el bienestar subjetivo, estudios más recientes (Grob et al., 1999; Pierce et al., 1998) apuntan hacia el rol de las metas, los estilos de afrontamiento y el temperamento de las personas en los procesos que influyen la felicidad. Los nuevos postulados hacen recaer la fuerza explicativa de sus hipótesis en la interacción entre la personalidad y los eventos externos concluyendo que una persona feliz es aquella que es optimista, de temperamento positivo, con poca tendencia a la rumiación en torno a los acontecimientos negativos, que vive en una sociedad con un alto nivel de desarrollo, tiene una buena red de apoyo social, y posee recursos adecuados para alcanzar sus objetivos (Diener et al., 1999). Así, en las últimas décadas las investigaciones sobre el tema (Emmons et al., 1986; Keyes et al., 2010; Nes et al., 2008) centran su foco de análisis en el estudio de la interrelación entre los elementos de la cultura, el ambiente objetivo, la personalidad y la cognición (Figura 7).

Este cambio de paradigma científico se evidencia también en el escenario político internacional. Así en las Directrices de las Guidelines for the Measurement of Subjective Well-being (OECD, 2013, 2013b) para la medición del bienestar subjetivo, se cita la siguiente recomendación:

"El bienestar subjetivo abarca tres aspectos: evaluaciones cognitivas de la propia vida, emociones positivas (alegría, orgullo) y negativas (dolor, enfado, preocupación). Si bien estos aspectos, el bienestar subjetivo tiene diferentes determinantes, en todos los casos estos determinantes van mucho más allá del nivel de ingresos de las personas y sus condiciones materiales" (OECD, 2013).

Figura 7. Modelos de bienestar subjetivo.



NOTA: Modelo de abajo a arriba (azul) vs. modelo de arriba a abajo (rosa) para el análisis de los determinantes del bienestar subjetivo. Basado en las conclusiones de (Diener et al., 1999).

Por tanto se establece una nueva necesidad que insta a desarrollar medidas paralelas para el bienestar subjetivo que permitan una mejor comprensión de sus determinantes. En cualquier caso, esta perspectiva no excluye el examen de las condiciones objetivas en que viven de las personas.

En muchos países, “los organismos nacionales de estadística empiezan a incorporar indicadores sobre el bienestar subjetivo en sus encuestas estándar para capturar las evaluaciones de la vida de la gente, experiencias hedónicas y prioridades vitales” (Stiglitz et al., 2009).

2.3. La medida de la felicidad: alcances y limitaciones

A la hora de cuantificar este constructo multidimensional, la evidencia indica que conviene hacer una distinción clara entre las tres principales clases de medidas subjetivas: evaluaciones de la vida, experiencias emocionales positivas (afecto positivo) y experiencias emocionales negativas (afecto negativo) (Diener et al., 1999). La primera cuestión suele evaluarse pidiendo a los individuos entrevistados que valoren la satisfacción con su vida actual en una escala de 0 a 10. Por otro lado, la experiencia emocional cotidiana, las emociones positivas y negativas que la persona experimenta o "bienestar hedónico" (Kahneman et al., 1999) se ha explorado con la ayuda de instrumentos como las medidas retrospectivas de auto-informe utilizados en la *Encuesta Mundial Gallup* (Gallup, 2009) con un diario de la experiencia recogida a tiempo real como el *Experience Sampling Method* (ESM) o tomando tres episodios de la jornada anterior como el *Princeton Affect and Time Survey* (PATS) basado en el *Day Reconstruction Method* (DRM), desarrollado por Krueger y Stone (2008). Se ha descrito un tercer aspecto o componente, correspondiente al bienestar eudaimónico, que ha sido evaluado mediante preguntas sobre la medida en que los individuos sienten que sus vidas tienen un propósito o significado. Algunos autores consideran este aspecto más como una información de apoyo para la evaluación del bienestar subjetivo, que como una medida de éste en sí.

Para la medición de este constructo no unitario, un método adecuado puede consistir en muestrear la experiencia emocional de los sujetos atribuyendo valores a las descripciones subjetivas que las personas hacen de sus vidas (Thomas and Chambers, 1989) evaluar las reacciones individuales a estímulos emocionalmente ambiguos (Rusting, 1997) y pedir a los entrevistados que recuperen el recuerdo que guardan de eventos positivos y

negativos. Por otro lado, investigaciones innovadoras han incorporado una medida de los niveles de cortisol en saliva (Dinan, 1994) u otras evaluaciones fisiológicas a los estudios sobre bienestar subjetivo.

En cualquier caso, la alta correlación entre los distintos componentes del bienestar sugiere que a pesar de tratarse de un constructo multidimensional, en ocasiones, es necesario hipotetizar un factor de orden superior que los aglutine (Bradburn and Caplovitz, 1965; Stones and Kozma, 1985) conceptualizan el afecto positivo y negativo como dos factores independientes e instan a medirlos por separado. Diener y colaboradores (1995) mediante el empleo de un modelo de ecuaciones estructurales y la aplicación de una técnica de evaluación multi-método, encuentran dos constructos moderadamente e inversamente correlacionados, pero claramente separados. Por último, según Andrews y Withey (1976), la satisfacción con la vida conforma un factor separado de los dos tipos básicos de afecto.

En definitiva, la mayoría de estos estudios ponen de manifiesto la complejidad de las relaciones entre los distintos componentes del bienestar subjetivo y, de ellos se deduce que las medidas de felicidad global que incorporan la mayor parte de las investigaciones hacen imposible una distinción efectiva entre las diversas variables implicadas en la comprensión del concepto de bienestar subjetivo (Diener et al., 1999). Asimismo, muchos de los diseños de estas investigaciones se basan en un muestreo insuficiente y utilizan instrumentos que no ofrecen garantías suficientes de validez y fiabilidad para las muestras empleadas, recogiendo una medida de bienestar de una manera episódica y sesgada.

2.4. Bienestar y salud

2.4.1. Relaciones entre el bienestar subjetivo y el estado de salud

Una variable destacada en el área de estudio del bienestar subjetivo es la salud. La salud y el bienestar están interconectados en ambos sentidos. Por un lado, la salud junto con elementos como tener un trabajo, un compañero, o apoyo social es un determinante importante del bienestar (Dolan et al., 2009). Así, disfrutar de buena salud está relacionado con mayores niveles de bienestar subjetivo mientras que las enfermedades graves o la discapacidad, tienen efectos negativos sobre el bienestar (Graham, 2008).

Del mismo modo, el bienestar también influye determinadamente sobre la salud (Cohen and Pressman, 2006; Lyubomirsky et al., 2005). Sin embargo, los indicadores de salud derivados de pruebas físicas o resultados de analíticas no parecen estar en relación tan directa y significativa con el bienestar subjetivo como podría intuirse (Brief et al., 1993). Más bien ocurre que es la interpretación subjetiva de la salud, influenciada por la salud objetiva y el ajuste emocional, la que predice el grado de satisfacción con la vida (Watson and Pennebaker, 1989). Esto se ilustra en cómo las personas enfermas infravaloran la importancia de la salud al evaluar su satisfacción general con la vida y los pacientes exageran su optimismo para el beneficio de sus cuidadores. En la base de estos procesos “de arriba a abajo” puede hipotetizarse la adaptación como un mecanismo explicativo de la débil asociación entre estado de salud objetivo y bienestar subjetivo. Igualmente cobra importancia la percepción subjetiva de la salud y su interferencia con las metas del sujeto. Éstas podrían estar interfiriendo en la relación con el nivel de felicidad según el grado de ajuste a las mismas por esa misma estrategia adaptativa (Frisch, 2000).

A pesar de esto, la evidencia muestra que las personas con discapacidad pueden experimentar niveles altos de felicidad, pero lo hacen en un grado menor a las personas sin discapacidad (Brickman et al., 1978; Mehnert et al., 1990). Aquellos que sufren un mayor número de condiciones incapacitantes, o problemas muy severos o crónicos de salud ven afectado su nivel de bienestar (Verbrugge, Reoma, y Gruber-Baldini, 1994).

En resumen, la asociación significativa, fuerte y positiva (Wilson, 1967, p.302) que concluyen los estudios clásicos se debilita bastante cuando las medidas del estado de salud provienen de las descripciones que hace el clínico o el médico (Watten et al., 1997) se cuestiona para medidas de salud que no son auto-reportadas (Larson, 1978; Okun et al., 1984).

Lo que sí es evidente es que las personas sitúan la salud entre sus prioridades en relación al bienestar, sin que esto entre en contradicción con el hecho de que las estrategias cognitivas de afrontamiento, la comparación hacia abajo y otros procesos mediadores (Scheier and Carver, 1985) modifican positivamente la percepción subjetiva de salud.

2.4.2. Otras variables relevantes en el estudio del bienestar subjetivo y la salud

A nivel global, las tendencias en los problemas de salud que reportan las personas de la misma edad son similares (Figura 8). Por lo general, son pocos a los 20 años y aumentan con la edad. Lo mismo sucede con el género: en todas las regiones, excepto en Europa Occidental, las mujeres reportan problemas de salud con mayor frecuencia que los hombres en la mayoría de los grupos de edad (Helliwell et al., 2015).

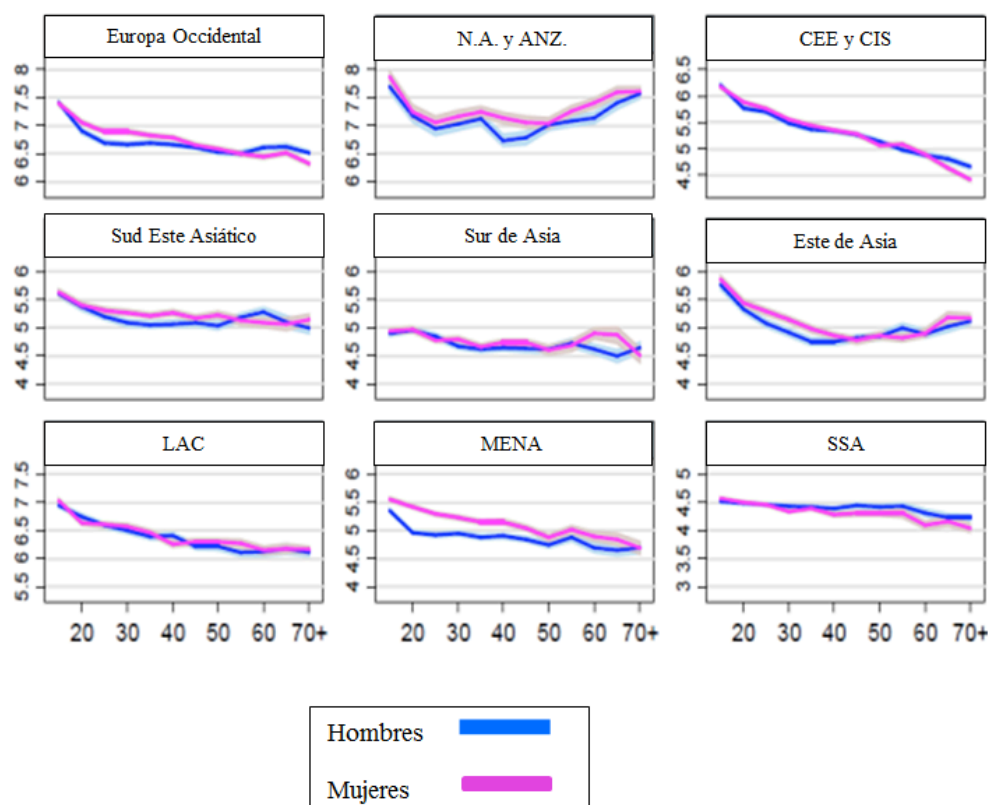
Hay pocas diferencias entre regiones en los niveles de incidencia de los problemas de salud o indicadores como el dolor experimentado en el día previo. Las diferencias de

género en la incidencia de los problemas de salud son, en gran parte, las mismas en todo el mundo, al igual que para los sentimientos relacionados con el dolor y depresión. Respecto a la prevalencia de los problemas de salud, éstos se dan casi cuatro veces más en los extremos del rango de edad y empiezan siendo igualmente prevalentes para hombres y mujeres jóvenes, y luego aumentan más rápido para las mujeres en el grupo de mayor edad (Helliwell et al., 2015). Estudios recientes sugieren que los tres componentes básicos de la felicidad: el bienestar evaluativo (Lacruz et al., 2011); el bienestar experiencial (Stephoe and Wardle, 2011); y el bienestar eudaimónico (Hill and Turiano, 2014; Steptoe et al., 2015) predicen una menor mortalidad. En otro trabajo, el afecto negativo y el positivo así como la satisfacción con la vida, el optimismo y el sentido del humor también resultaron asociados con una reducción significativa de la mortalidad (Chida and Steptoe, 2008; Martin-Maria et al., 2016). Las emociones positivas que preponderan sobre las emociones negativas y el bienestar evaluativo se relacionaron en el estudio de Carstensen et al. (2011), con mayores índices de supervivencia.

Sin embargo, estos resultados deben generalizarse con precaución, ya que provienen de una muestra de conveniencia relativamente pequeña de personas que al inicio del estudio reportaron tener un estado de salud tan bueno o mejor que la mayoría de la gente de su edad. Otros estudios también han examinado los efectos de la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo sobre la mortalidad, y encontraron que la satisfacción con la vida y el afecto positivo predecían la mortalidad (Maier and Smith, 1999; Sadler et al., 2011; Wiest et al., 2011); sin embargo, el efecto del afecto negativo no fue significativo (Maier and Smith, 1999; Wiest et al., 2011). Los instrumentos utilizados en estos estudios combinaron elementos que miden el bienestar evaluativo (satisfacción con la vida), bienestar experiencial (afecto positivo) y algunos aspectos eudaimónicos (como

sentido de propósito y significado en la vida) y no pudieron evaluar el impacto independiente de cada componente por separado (Kern et al., 2015; Wiest et al., 2011).

Figura 8. Media de bienestar evaluativo por género, zona geográfica y edad.



NOTA: Medida de bienestar evaluativo registrada mediante la Escala de Auto-Anclaje de Cantril (1965). Figura extraída de: Stone et al. (2010). Cada zona se refiere a una región geopolítica designada aquí por sus siglas en inglés: N.A. y ANZ: Norte América, Australia y Nueva Zelanda; CEE y CIS: Europa Central Oriental y los Estados Independientes de la Commonwealth; LAC: Latino América y el Caribe; MENA: Oriente Medio y Norte de África; SSA: África Subsahariana.

El envejecimiento aumenta el afecto positivo y disminuye el afecto negativo (Kahneman and Deaton, 2010; Miret et al., 2014). El bienestar evaluativo disminuye con la edad (Deaton, 2008; Stone et al., 2010) pero cuando la asociación entre la edad y el bienestar evaluativo está controlada por otras variables como el estado de salud, desaparece

el afecto de la edad (Miret et al., 2014). En contraste, algunos estudios han demostrado que la disminución de la salud en los últimos años de vida, particularmente en las personas que mueren después de los 85 años, se acompaña de una disminución del bienestar. Durante esta fase de declive terminal, la correlación entre salud y bienestar se hace más fuerte (Gerstorf et al., 2013).

2.5. Conclusiones y nuevas preguntas

El carácter multifacético del constructo de bienestar subjetivo hace imprescindible la implantación de protocolos de evaluación que incluyan instrumentos dirigidos a responder a esta complejidad.

Hasta hoy, las escalas desarrolladas para su medición han mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Diener and Gonzalez, 2011) y sin embargo, se ha avanzado poco en la incorporación de instrumentos no auto-reportados para la medida del bienestar subjetivo. Los instrumentos descritos más arriba - *Encuesta Mundial Gallup*, *Princeton Affect and Time Survey*, etc.- incorporan sesgos y a menudo evalúan la felicidad de modo global e indiferenciado.

Por tanto, un cambio necesario pasa por medir independientemente el afecto negativo, el afecto positivo y la satisfacción con la vida en los estudios sobre bienestar subjetivo y hacerlo con instrumentos que permitan obtener puntuaciones válidas y fiables, de un modo práctico y eficiente, dentro del contexto de estudios con muestras amplias cuyos resultados puedan ser generalizados.

Por otro lado, dada la creciente influencia del bienestar subjetivo, son necesarios estudios transnacionales que además analicen información acerca del efecto de éste sobre

otras variables y no sólo aquellos factores potenciales que influyen la felicidad, para poder explorar la red de interrelaciones implicadas en estos procesos.

En el contexto en que se enmarca la presente tesis, la relevancia que el estudio del bienestar adquiere recientemente a nivel global, y su presencia en los foros científicos actuales, emerge la necesidad de conocer el estado de la cuestión en Europa, desarrollar y validar instrumentos que permitan una medida lo más insesgada posible para la comparación entre muestras de distintos países, y profundizar en el análisis de la asociación entre bienestar y la salud. En base a esto pueden plantearse las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la distribución, procedencia y características, en relación al estatus socioeconómico nacional y a la densidad poblacional de los países, de los artículos que se han publicado en torno al bienestar en revistas de investigación de alto impacto, en el ámbito europeo y dentro del contexto de la salud mental y los trastornos mentales?
2. ¿Podemos aportar evidencias de fiabilidad y validez, entre otras, la equivalencia métrica entre países, para un instrumento cuya aplicación sea breve, lo menos sesgada posible y resulte práctica para la investigación sobre grandes muestras nacionales representativas?, ¿cuáles son las diferencias en los valores medios de afecto positivo y negativo así medidos, para países representativos de niveles socioeconómicos distintos en Europa?
3. ¿Cuál es el impacto que los distintos componentes del bienestar tienen sobre el estado de salud en las muestras *europeas analizadas*?

Para abordarlas nos ceñiremos a las siguientes definiciones de trabajo:

- El bienestar como constructo multidimensional:

El bienestar subjetivo se ha definido como una “categoría amplia de fenómenos que incluyen las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción en distintas áreas o dominios y los juicios globales de satisfacción con la vida” (Diener et al., 1999).

Así, puede decirse que “las emociones y estados de ánimo, los afectos, representan las evaluaciones que las personas hacen de los eventos que ocurren en sus vidas” (Bradburn and Caplovitz, 1965). Aunque aún se debate la independencia entre el estado de placer y displacer momentáneos parece haber suficiente evidencia sobre la separación entre los conceptos de las dimensiones positiva y negativa del afecto a largo plazo (Diener and Emmons, 1984). Dada la importancia de los afectos más permanentes la investigación indica que han de estudiarse ambas emociones de forma separada pese a su relación (inversa) (Diener et al., 1995). Por otro lado, parece que la satisfacción con la vida forma un constructo independiente de estos dos tipos mayores de afecto (Andrews and Withey, 1976).

- Concepto de salud en el modelo biopsicosocial:

En línea con las diferentes perspectivas de la salud -biológica, individual y social- en el presente estudio se ha trabajado bajo el marco conceptual de la OMS, que sostiene que:

"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (WHO, 1946, p.100).

2.6. Planteamiento de la presente investigación

Esta tesis está dividida en tres estudios que exploran los siguientes temas:

- 1) bienestar como prioridad en la agenda europea;
- 2) validación de una medida de bienestar subjetivo;
- 3) evaluación de la asociación entre felicidad y estado de salud.

En la revisión sobre literatura reciente centrada en el bienestar se describen las características básicas: procedencia de las publicaciones, factor de impacto medio a 5 años, productividad nacional controlando por el tamaño de la población y el producto interior bruto. En la validación del instrumento para la evaluación del bienestar experiencial -la versión abreviada del cuestionario *Day Reconstruction Method*- se analizan las propiedades psicométricas del mismo: su fiabilidad y la equivalencia de medida, a través de distintas dimensiones, mediante un análisis factorial multi-grupo. Por último, se comparan las medias en afecto negativo y positivo entre países. En el estudio de la asociación entre bienestar y salud se presentan varios modelos de regresión que, por un lado, explican qué tipo de relación se da entre las variables sociodemográficas de la población, sus respuestas en bienestar evaluativo y experiencial y su estado de salud, y por otro, se trata de predecir

qué perfil emocional y qué nivel de satisfacción con la vida se relaciona con un mejor estado de salud.

Se procuró que el diseño, el muestreo y la ponderación de los análisis, ofrecieran garantías para la generalizabilidad de los resultados a la población de referencia.

2.6.1. Estudio 1. Bienestar como prioridad en la agenda de investigación europea

En la actual coyuntura sociopolítica el bienestar subjetivo empieza a tomar el relevo de los tradicionales indicadores objetivos de corte socio-económico complementando esta información con otra acerca de cómo las personas experimentan sus vidas (Huppert et al., 2009). Así, el concepto de felicidad y los instrumentos que permitan evaluarla están concentrando esfuerzos en el panorama científico y político actual (Helliwell et al., 2012). En el Reino Unido, el gobierno encargó a la Oficina de Estadísticas Nacionales el desarrollo de herramientas para cuantificar el nivel de bienestar subjetivo que permitieran un seguimiento del progreso nacional en la mejora de la vida de las personas (Self et al., 2012).

Pese a la amplia dedicación que el campo está recibiendo, existe todavía una falta de consenso sobre la definición del bienestar y su relación con conceptos como calidad de vida, felicidad y funcionamiento en el contexto de la salud (Ayuso-Mateos et al., 2013; Miret et al., 2014; Salvador-Carulla et al., 2014). Diener y Tay (2012), insistieron en la escasez de enfoques experimentales, longitudinales y multi-método para abordar el problema. En cualquier caso, la salud pública comienza a demandar un mayor énfasis científico en este campo y los expertos recalcan la necesidad de registrar información

sistemática que permita señalar dónde conviene incentivar la investigación en relación a las implicaciones que esto tiene para las políticas que desarrollan los países de nuestro entorno.

2.6.2. Estudio 2. Validación de un instrumento de medida del bienestar subjetivo

Las medidas de bienestar subjetivo pueden verse influidas por una serie de variables situacionales (Schwarz and Strack, 1991b). Los informes globales no siempre ofrecen los mismos resultados que los estudios que emplean medidas cotidianas de afecto en múltiples ocasiones (Thomas and Diener, 1990). Además, factores ambientales como el tipo de instrumentos seleccionados, el orden de las preguntas, el período de tiempo abordado, el estado de ánimo del sujeto al tomar la medida (Mourn, 1988) pueden resultar en una serie de artefactos metodológicos y distorsionar las puntuaciones. Por otro lado, las muestras empleadas para su estudio no siempre han perseguido la representatividad impidiendo en muchos casos la generalización de resultados. Aunque esta tendencia está cambiando en los últimos años (Diener et al., 1999) hasta hace poco los estudios incorporaban medidas globales dificultando la comprensión de las relaciones entre las variables predictoras de bienestar subjetivo y sus componentes. Además, las medidas auto-reportadas han mostrado adecuadas propiedades psicométricas: consistencia interna (Larsen et al., 1985), estabilidad moderada y sensibilidad apropiada a los cambios en las circunstancias vitales (Headey and Wearing, 1991).

Las evaluaciones globales e informes sobre emociones medidas momento a momento, han mostrado un nivel de convergencia moderada (Diener et al., 1993), al igual que con el recuerdo del estado de ánimo positivo vs. negativo (Seidlitz et al., 1997).

Se hace necesario incorporar un abanico de instrumentos, amplias muestras representativas y diseños más sofisticados que permitan el control de las variables contaminadoras de la situación de medida y los errores derivados de fenómenos como los sesgos de memoria, que afectan a los informes retrospectivos.

Dada la necesidad de mejorar las políticas sociales y sanitarias, los proyectos destinados a recopilar datos sobre la salud y el bienestar subjetivo de las poblaciones en diferentes países son hoy una prioridad. Así Oishi (2010) concluye que para abordar este objetivo se necesitan instrumentos capaces de medir el uso del tiempo y la experiencia afectiva asociada a cada actividad basada en auto-informes fáciles de interpretar y en la medida de lo posible, libres de efectos de prejuicios y sesgos de memoria y de positividad.

Según Kahneman (2004) a diferencia de las reconstrucciones sesgadas que hacen las personas sobre el pasado al analizar su vida, el placer, el sufrimiento y la alegría susceptibles de ser abordados científicamente midiendo la experiencia a tiempo real, registrándola sin sesgos y permiten agregar dichas medidas para generar indicadores científicos de bienestar subjetivo anclados en la realidad del presente.

Para ello, Kahneman y Deaton (2010) introducen el concepto de bienestar experiencial (hedónico o emocional), que hace referencia a las emociones que las personas experimentan momento a momento y pueden ser evaluados con instrumentos como el *Experience Sampling Method* (ESM) y el DRM, y lo distingue del de bienestar evaluativo, que suele medirse preguntando a la gente por su satisfacción con una serie de ámbitos de la vida. Algunas carencias caracterizan a los estudios en torno al bienestar subjetivo: la mayoría incluye sólo medidas de satisfacción (bienestar evaluativo) pero no medidas de las emociones experimentadas momento a momento (bienestar experiencial). Estas limitaciones se reflejan en los instrumentos existentes que, por restricciones económicas y temporales, raramente incluyen preguntas sobre el uso del tiempo y las emociones

asociadas a cada actividad realizada, y en los que proliferan los sesgos ligados a las medidas retrospectivas de auto-informe utilizados como en la *Encuesta Mundial Gallup* (Diener et al., 1999).

Es en este contexto que el autor desarrolla el DRM (Kahneman et al., 2004), un instrumento que evalúa la satisfacción de una persona en diferentes ámbitos de la vida, sus juicios globales respecto a la misma, y su estado afectivo actual, operacionalizado como una medida ponderada en el tiempo de la cantidad de emociones negativas o positivas experimentadas (Diener et al., 2010). Los estudios han mostrado que refleja las variaciones del afecto de un modo similar al ESM (Schwartz et al., 2013) y ambos superan los problemas ligados al sesgo en la evaluación y juicio de las situaciones y aquellos derivados de los procesos de recuerdo (Robinson and Clore, 2002), sin embargo, los autores del DRM justifican la necesidad de esta herramienta argumentando que mientras que el ESM (Csikszentmihalyi and Larson, 1987) es el *goldstandard* de las pruebas diseñadas para la medida del bienestar subjetivo, requiere una implicación exhaustiva del sujeto, es caro y tecnológicamente complejo y proporciona poca información acerca de los eventos poco comunes y breves, raramente reportados (Kahneman et al., 2004). Así, aunque no existen hasta la fecha datos empíricos que evidencien mejores propiedades psicométricas asociadas a las puntuaciones obtenidas mediante el DRM, a nivel práctico éste resulta más eficiente: sobrecarga menos al sujeto, no interrumpe sus actividades habituales, proporciona un registro completo de la actividad de los sujetos de un modo económico, registra el tiempo eficientemente, y permite análisis más pormenorizados de episodios contiguos en el tiempo a lo largo de un día completo en lugar de muestrear momentos determinados y disgregados (Kahneman et al., 2004).

Este cuestionario ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas. En trabajos previos, Krueger et al. (2008) evaluaron la fiabilidad test-retest y encontraron que tanto las

medidas de satisfacción con la vida en general como las medidas de experiencia afectiva derivadas del DRM muestran correlaciones aceptables (Krueger and Stone, 2008). Dockray y colaboradores (2010) analizaron la asociación entre el ESM y el DRM en los mismos individuos durante el mismo periodo de tiempo, concluyendo que el DRM proporciona estimaciones fiables de la intensidad del afecto y las variaciones del mismo a lo largo del día. Los ciclos diurnos del afecto y el cansancio producido por el método ESM y el DRM también son notablemente similares (Kahneman and Krueger, 2006; Kahneman et al., 2004). Bylsma et al. (2011) encontraron una alta consistencia interna superior a 0.90 para los dos factores encontrados, el afecto negativo (AN) y el afecto positivo (AP); y correlaciones significativas y de gran magnitud ($r = 0.62$ a 0.72 para AP y AN de 0.78 a 0.84) comparando las correlaciones de Pearson por pares entre el afecto medio diario positivo y el negativo con los datos del DRM y los del ESM en un mismo día, y una medida de estado de afecto positivo y negativo reportados durante la aplicación del DRM.

Pese a todas estas ventajas, la propuesta de estos autores es un instrumento auto-administrado de lápiz y papel que requiere de 45 a 75 minutos para ser completado (Kahneman et al., 2004; Krueger and Schkade, 2008) y, por lo tanto, se ha utilizado principalmente con pequeñas muestras de conveniencia de países occidentales (Bhattacharyya et al., 2008; Kopperud and Vitterso, 2008). Ante las limitaciones que esto supone, el *WHO Study on global AGEing and adult health* (SAGE) (Kowal et al., 2012) creó una versión más breve para poder ser administrada en estudios que evalúan grandes muestras representativas de la población general y donde pueden medirse otra gran variedad de variables además del bienestar subjetivo.

Como argumentan en su trabajo Miret et al. (2012), existe apoyo suficiente para el uso de esta versión abreviada (de 15 minutos de aplicación). La versión utilizada por ellos consiste en tres sets diferentes (A, B y C), a los que los participantes son asignados al azar.

En cada uno, los participantes reconstruyen sólo una parte de las actividades de su día anterior (a partir de mañana, la tarde o la noche, respectivamente). El entrevistador categoriza las actividades en 24 tipos. En el siguiente paso los participantes evalúan la medida en que experimentaron diversos sentimientos -preocupación, prisa, irritación o enfado, depresión, tensión o estrés, calma o relax, y disfrute- para cada una de las actividades (10 como máximo) que habían mencionado anteriormente (Ayuso-Mateos et al., 2013) durante ese tiempo.

Miret et al. (2012) evaluaron la fiabilidad test-retest, y encontrando un nivel moderado de estabilidad en el tiempo y un perfil afectivo de la población similar a la de la versión completa utilizando la versión abreviada de la DRM. Esta versión hetero-administrada del DRM ha sido validada por ellos y otros grupos internacionales de investigación en muestras nacionalmente representativas de países (como India, Rusia, Ghana, China, Sudáfrica, España y México) (Ayuso-Mateos et al., 2013; Miret et al., 2012) y posee la ventaja de que se puede utilizar en grandes muestras poblacionales, independientemente de su nivel de alfabetización y el nivel de uso y distribución de teléfonos de cada país. Sin embargo, no se conoce hasta la fecha la existencia de estudios sobre esta versión del cuestionario que profundicen en el posible funcionamiento diferencial del test y los ítems debido a distintas variables como diferencias culturales o efectos producidos por el momento del día evaluado o el día de la semana.

Además, los trabajos publicados se han centrado en un análisis basado en las actividades, por lo que, aunque se utilizaron métodos correctores, las observaciones analizadas hasta ahora no eran independientes dado que cada sujeto reportaba varias actividades. En estas circunstancias las pruebas estadísticas habituales, tienden a producir errores típicos más pequeños, al considerar el tamaño de la muestra como el conjunto de todas las observaciones, con lo que se obtiene una sobreprecisión espuria, y más resultados

"estadísticamente significativos" de lo debido (Cannon, 2001). Por otra parte, en los estudios de dimensionalidad para la versión abreviada realizados hasta ahora, se hipotetizó y constató una estructura bidimensional con el afecto positivo y el afecto negativo como dos componentes diferentes del bienestar subjetivo (Ayuso-Mateos et al., 2013; Miret et al., 2012) y se halló la fiabilidad por subescala (negativa y positiva) por separado, mientras que se utilizó una puntuación global o "afecto neto" para reportar diferencias entre las muestras, los sujetos o relaciones significativas con otras variables de salud o calidad de vida y las aportaciones a la validez de constructo publicadas para esta versión del instrumento consistieron en análisis factoriales confirmatorios (AFC) para cada muestra nacional tomada de forma independiente sin considerar el número de actividades reportadas y sin un estudio más profundo de la equivalencia de medida entre las muestras.

Dada la proliferación de instrumentos en la actualidad, resulta imprescindible el estudio del sesgo y el funcionamiento diferencial del ítem (DIF, por sus siglas en inglés) en psicometría para demostrar que un test administrado en distintos grupos (culturales, étnicos, nacionales, divididos por género, etc.) mide el mismo constructo, de modo que sus puntuaciones puedan ser comparadas en la misma escala de medida, es decir, que existe equivalencia de medida entre las medias de los grupos (Drasgow, 1990). En términos sustantivos, al aplicar un test a diferentes muestras, en ausencia de sesgo, puede afirmarse entonces, que hay equidad entre las puntuaciones asignadas a los grupos.

2.6.3. Estudio 3. Evaluación de la asociación entre felicidad y estado de salud

Incluso después de controlar por variables como la historia de depresión, la edad, el nivel de ingresos y otras variables sociodemográficas, el estado de salud muestra una

elevada correlación con el bienestar experiencial y también con el bienestar evaluativo (OECD, 2013). A su vez, estudios recientes muestran cómo el bienestar subjetivo podría ser también un factor protector para enfermedades crónicas, promover una mayor longevidad (Unity and University, 2008; Wellbeing and Waterloo., 2012) una reducción de la mortalidad (Cohen and Pressman, 2006), menos dolor (Gallup, 2009), menos deterioro en las actividades de la vida diaria, una disminución más lenta de la velocidad de la marcha (Steptoe et al., 2014) y en definitiva, mejor salud (Al-Windi, 2005).

Aunque la evidencia anterior demuestra que el bienestar subjetivo puede tener una importante influencia sobre la salud, todavía falta información acerca de cuál es el impacto diferencial que los componentes evaluativo y experiencial tienen por separado.

La evaluación de ambas dimensiones de bienestar es relevante, porque éstas no tienen necesariamente los mismos correlatos. Es un hecho que las personas con más ingresos están más satisfechas con sus vidas a juzgar por sus puntuaciones en bienestar evaluativo sin que reporten un bienestar experiencial significativamente mejor (Miret et al., 2014). Del mismo modo, otras circunstancias de la vida, como el estado civil y la educación, también están más fuertemente correlacionadas con el bienestar evaluativo que con el experiencial (Kahneman and Deaton, 2010; Kahneman et al., 2006). Por otro lado, el mal estado de salud, el estar al cuidado de un adulto, la soledad y el tabaquismo han sido reportados como fuertes predictores de bajo bienestar experiencial (Kahneman and Deaton, 2010). Además, el análisis de la correlación entre el estado de salud y el bienestar evaluativo y experiencial no se ha llevado a cabo por separado. Ante estas disyuntivas, el estudio de estas asociaciones a través de un análisis poblacional que incorpore otras variables relevantes en la ecuación ayudaría en la predicción de qué grupos de riesgo tienen mayor probabilidad de manifestar niveles más bajos de bienestar subjetivo.

Existe, además, la necesidad de saber si todas estas relaciones se mantienen al analizar muestras representativas de países diferentes tomando datos a nivel nacional de estudios multi-céntricos y manteniendo constante la metodología empleada.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos de esta tesis doctoral son:

- Recabar información acerca del estado de la cuestión en cuanto a la investigación sobre bienestar dentro del área de la salud mental y los trastornos mentales en Europa con el fin de desarrollar un esquema del estado del arte en este área específica e identificar las brechas existentes determinando las necesidades aún por abordar.
- Encontrar evidencias en favor de la validez de la versión abreviada del DRM y comprobar si existen diferencias en el afecto entre los países, los momentos del día o el día de la semana.
- Explorar la asociación entre bienestar subjetivo y estado de salud y analizar la relación diferencial entre dos componentes de bienestar (experiencial y evaluativo) y estado de salud. Además, evaluar si las variaciones en estas relaciones son consistentes entre diferentes países.

Se hipotetizó que se encontrarían los siguientes resultados:

- Se espera identificar un número creciente de publicaciones centradas en el bienestar en revistas de prestigio científico en el área de la salud mental y los trastornos mentales en Europa. El factor de impacto y la productividad serán mayores en las regiones europeas con mayor renta per cápita.
- Las puntuaciones generadas por la versión abreviada del DRM permitirán apoyar la hipótesis de que existe equivalencia de medida tanto entre tres muestras europeas como

entre los grupos de individuos según el momento del día o el día de la semana; de esta forma, esta herramienta permitirá comparar sin sesgo los grupos estudiados, entendiendo que las diferencias en sus puntuaciones del test reflejan diferencias en el bienestar subjetivo de las personas.

- Aquellos individuos con mayor bienestar experiencial y evaluativo, presentarán mejor estado de salud independientemente de sus características sociodemográficas y de otras variables relacionadas.

4. MÉTODO

La presente tesis doctoral se compone de tres estudios desarrollados a través de la metodología que se describe a continuación:

Estudio 1: Para tener una actualización y contextualización del estado de la investigación sobre bienestar y salud mental y los trastornos mentales en Europa, se llevó a cabo un mapeo sistemático de las principales publicaciones en revistas indexadas en el ámbito del bienestar dentro del contexto de la salud mental y los trastornos mentales, en los países del ámbito europeo. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed y PsycINFO desde enero de 2007 hasta septiembre de 2014. Se obtuvo el factor de impacto medio a 5 años para el periodo 2009-2013 en el Journal Citation Reports® (JCR) y para cada país europeo, de acuerdo al autor de correspondencia. El número de publicaciones para cada país fue analizado teniendo en cuenta el tamaño de la población, controlando también por el Producto Interior Bruto (PIB).

Estudio 2: Para el análisis de la validez de la versión abreviada del DRM, se utilizaron las siguientes estrategias: a) una aproximación analítica centrada en los sujetos y no en las actividades; b) un estudio de la dimensionalidad de la versión abreviada del DRM mediante la introducción de un modelo de orden superior; c) la evaluación de la fiabilidad en los distintos niveles del constructo, y; d) un análisis de la invarianza métrica en una muestra representativa de tres países: Polonia, Finlandia y España, en el afecto y entre el los diferentes momentos del día o días de la semana, mediante una estrategia secuencial, mediante un análisis factorial confirmatorio multi-grupo (AFCM).

Estudio 3: Para explorar la asociación del bienestar subjetivo con el estado de salud y su consistencia a través de diferentes países se analizaron datos de encuestas de muestras representativas a nivel nacional realizadas en 2011-2012 en Finlandia, Polonia y España. El bienestar experiencial se midió usando el DRM y el bienestar evaluativo se midió con la Escala de Auto-Anclaje de Cantril (Cantril, 1965). El estado de salud se evaluó con un conjunto de preguntas que abordan ocho ámbitos de salud: visión, movilidad, autocuidado, cognición, actividades interpersonales, dolor e incomodidad, sueño y energía y afecto (Salomon et al., 2003). Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple para explorar las correlaciones de los componentes de bienestar experiencial y evaluativo con el estado de salud.

4.1. Estado de la investigación sobre bienestar subjetivo en Europa

Este trabajo consistió en una búsqueda y extracción de información de los resúmenes para su análisis descriptivo. Para realizar este mapeo se trabajó según la metodología descrita por Curran y colaboradores (2007) mediante tres pasos: 1) búsqueda y selección de artículos sobre bienestar en el área de la salud mental o los trastornos mentales; 2) extracción de la información relevante de cada estudio; 3) análisis de datos.

4.1.1. Mapeo sistemático: términos de búsqueda y filtrado de referencias

Para el primer paso, las bases de datos PubMed y PsycINFO fueron rastreadas de manera diferente de acuerdo a las distintas funciones de búsqueda que ofrecen. Los términos de búsqueda se adaptaron también a cada repositorio. Mediante el establecimiento de 'límites' se controló la búsqueda para ajustarla en cada caso a los criterios de inclusión y exclusión, siempre que la base de datos lo permitía. Los términos generales fueron: términos para la salud mental, términos para los problemas de salud mental y los trastornos mentales; términos de bienestar; y términos referentes al área geográfica –Europa-. Sólo los trabajos publicados entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de septiembre de 2014 se incluyeron en el estudio con el objetivo de identificar el estado más reciente de la investigación. También se restringió la búsqueda a publicaciones académicas revisadas por expertos, lo cual incluye artículos de investigación originales y artículos de revisión (revisiones sistemáticas, revisiones no sistemáticas y metaanálisis) en inglés. Sin embargo, no se plantearon restricciones en cuanto al tipo de estudio, la muestra del estudio o las intervenciones, con el fin de incluir el abanico más amplio posible de referencias en el área. Sí se excluyeron aquellos trabajos que no incluyeron muestras europeas (de países de la UE-27, o países candidatos a la UE u otros países de Europa) o aquellos cuyo autor de correspondencia no procedía de una institución europea. Sólo se consideraron las publicaciones que incluían un resumen (para ver el detalle de las estrategias de búsqueda ir al Anexo 1). Mediante el paquete de software bibliográfico Reference Manager (Thomson-ISI-ResearchSoft, 2004) se eliminaron los duplicados. Cada artículo fue codificado como incluido o excluido, con un código secundario que aludía al motivo de rechazo. Dos investigadores diferentes llevaron a cabo la revisión

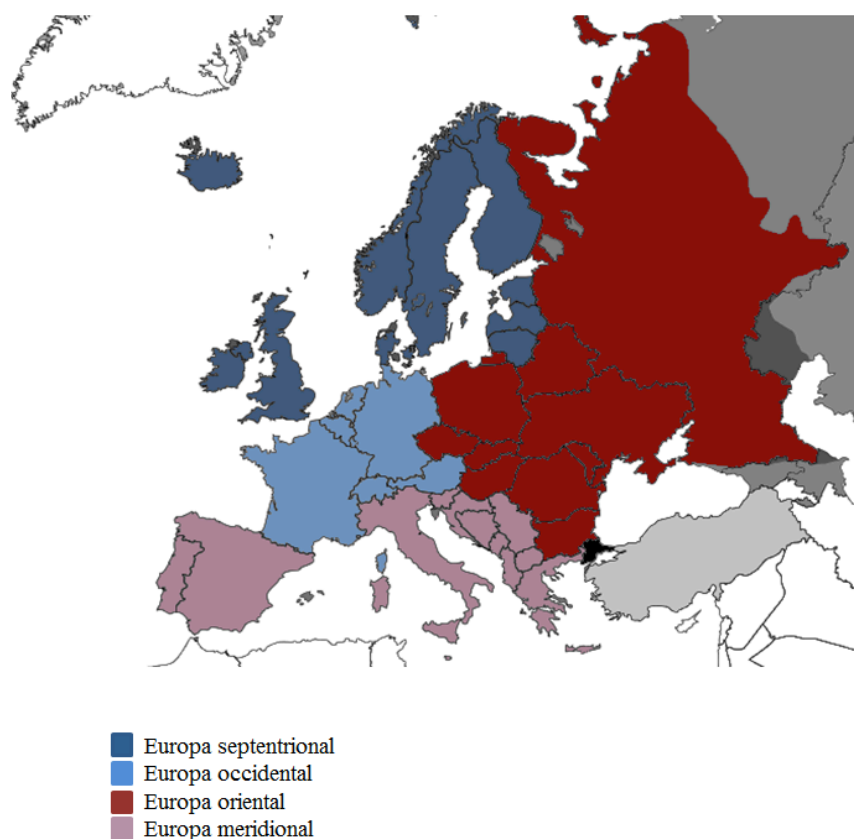
original para el período 2007-2011. Ambos revisaron independientemente el 10% de los trabajos. Los mismos procedimientos de búsqueda fueron replicados por dos revisores adicionales para publicaciones entre enero de 2012 y septiembre de 2014. También para este periodo el 10% de los artículos fue sometido a doble revisión.

4.1.2. Extracción de información

En el siguiente paso, se asignó un código a cada artículo identificado para poder analizar las características de las publicaciones que cumplieron criterios. Para cada país europeo (el del autor de correspondencia) se calculó un factor de impacto medio a cinco años (teniendo en cuenta el periodo 2009-2013) disponible en los informes del JCR en el momento de desarrollar este estudio. Con este indicador se obtuvo una cifra de la frecuencia con la que un artículo de una revista fue citado en un año. Aquí, como ya se ha expuesto, se obtuvo la media de veces que los artículos publicados en los últimos 5 años fueron citados en el JCR para calibrar el impacto de las revistas. En el caso de que el factor de impacto a 5 años no estuviera disponible porque en algunos de esos años la revista no estaba indexada en el JCR, se utilizó el factor de impacto para 2013. Las publicaciones en revistas que no estuvieron indexadas en JCR en 2013 no fueron consideradas para obtener la puntuación promedio. Solamente fueron incluidos los países con al menos 10 publicaciones. Esto se hizo con el fin de garantizar la representatividad del promedio calculado para el factor de impacto entre 2009 y 2013 en cada uno de los países europeos. Además, los porcentajes de artículos de revistas no indexadas en el JCR y de revistas situadas en el primer cuartil del JCR también fueron reportados para 2013 según el país del autor de correspondencia. Toda publicación se consideró perteneciente

al primer cuartil siempre que constara en el primer cuartil de cualquiera de las ediciones de ciencias o ciencias sociales del JCR. Se llevó a cabo un análisis parecido considerando sólo estudios sobre datos originales (excluyendo revisiones sistemáticas, revisiones no sistemáticas y meta-análisis). El tipo de estudio se clasificó como: 1) estudios de revisión (incluyendo revisiones sistemáticas, revisiones no sistemáticas y meta-análisis); 2) estudios experimentales; y 3) estudios observacionales considerándose “indeterminados” si no era posible conocer el tipo de estudio. En la Figura 9 se muestra el número de estudios publicados por año y por región europea en base a la composición de las regiones macrogeográficas (continentales), subregiones geográficas, y grupos económicos y otros grupos seleccionados según la lista elaborada por la ONU (<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>).

Figura 9. Composición de las regiones macro-geográficas, subregiones geográficas y grupos económicos y otros grupos seleccionados según la ONU.



Fuente: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Europe_subregion_map_UN_geoscheme.svg. Consultada en agosto de 2013.

4.1.3. Análisis de frecuencias

El tercer paso implicaba el análisis de la información recopilada. El coeficiente kappa (Cohen, 1960) se empleó como medida estadística del acuerdo entre evaluadores con respecto a la inclusión o exclusión del 10% de artículos que habían sido revisados de forma duplicada. Dado que dos revisores diferentes evaluaron por separado los dos periodos estudiados, se calculó, también por separado, un coeficiente kappa para los

periodos 2007-2011 y 2012-2014; los intervalos de confianza (IC) al 95% para los estadísticos kappa se calcularon utilizando el método analítico de Fleiss (1981). Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia informando del número de publicaciones por año para cada una de las cuatro regiones continentales (Europa septentrional, Europa meridional, Europa oriental y Europa occidental) establecidas por las Naciones Unidas y citadas más arriba. Considerando los datos de ambos períodos unidos (enero de 2007 a septiembre de 2014), se evaluó la asociación entre el tipo de estudio y la región continental del autor de correspondencia mediante un test de chi-cuadrado. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre el número de publicaciones y el tamaño de la población y el producto interno bruto (PIB). Adicionalmente, obtuvieron los coeficientes de correlación parcial entre el número de publicaciones y el tamaño de la población (después de ajustar por el PIB), y entre el número de publicaciones y el PIB (después de ajustar por el tamaño de la población). Además se ajustó el número de publicaciones de cada país por el tamaño de la población (European-Commission, 2013b) y por el PIB según los datos más actualizados (World-Bank, 2013). El número de publicaciones por cada 10.000 millones de euros (€10.000.000.000) -o punto porcentual del PIB- fue también estimado.

Los análisis estadísticos descriptivos del mapeo de la literatura científica sobre bienestar se ejecutaron con el paquete Stata versión 11 (StataCorp, 2010).

4.2. Equivalencia métrica de un instrumento de bienestar subjetivo en tres muestras europeas representativas

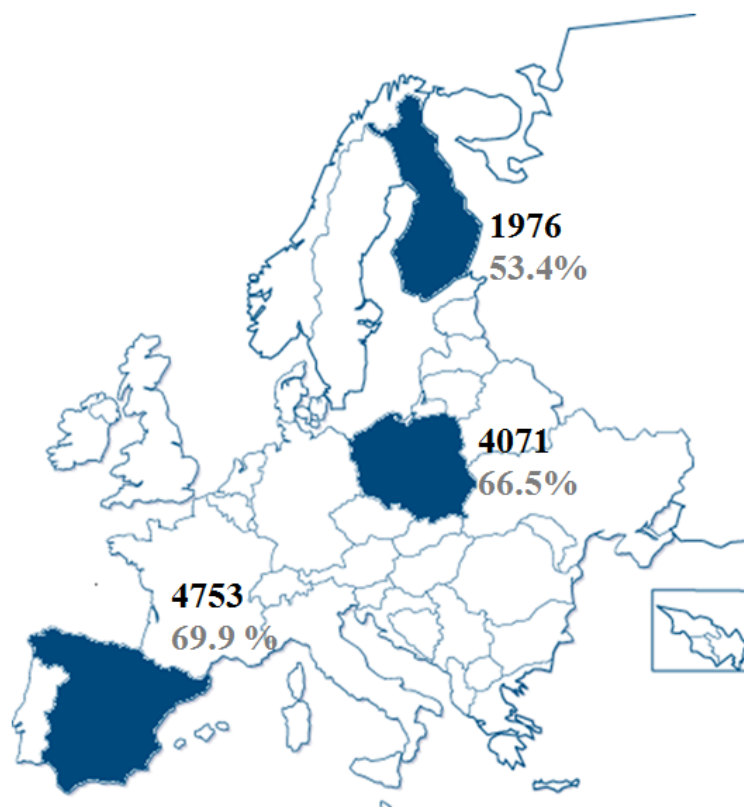
4.2.1. *Diseño de la encuesta y muestra entrevistada*

En el contexto del proyecto COURAGE in Europe (<http://www.courageineurope.eu/>) se recogieron datos sobre salud y discapacidad en una población de adultos con instrumentos específicos para la evaluación la salud, la discapacidad, la calidad de vida y el bienestar (Leonardi et al., 2014). En este estudio observacional se evaluaron muestras representativas de la población general adulta no institucionalizada en España, Polonia y Finlandia, obtenidas mediante muestreo polietápico.

Los países incluidos fueron seleccionados para dar una amplia representación de las diferentes regiones europeas, teniendo en cuenta sus características de población y salud (Eikemo et al., 2008; Huisman et al., 2008). Para generar los conglomerados, se utilizó un diseño probabilístico proporcional al tamaño con sobre-representación de personas de más de 50 años. En Polonia y España, se utilizó una lista de hogares preexistente para obtener una medida precisa del tamaño. En Finlandia se aplicó un muestreo sistemático de individuos dentro de cada clúster. Los detalles específicos del muestreo realizado en cada país se pueden consultar en Miret et al. (2014). Del total de sujetos contactados, el número total de participantes que contestó a la encuesta se calculó mediante el número de entrevistas dividido por el número de personas elegibles para la inclusión (un hogar que resulta ser una vivienda vacante, por ejemplo, no es elegible). En total, fueron entrevistadas 10 800 personas: 1976 en Finlandia, 4071 de Polonia y 4753 en

España. Las tasas de respuesta fueron: 53.4% en Finlandia, el 66.5% en Polonia, y 69.9% en España (Figura 10).

Figura 10. Tamaño muestral y porcentaje de respuesta para Finlandia, Polonia y España.



Si algún participante tenía alguna disfuncionalidad que hiciera imposible su participación en la entrevista, se pedía a otro miembro del hogar (proxy) que respondiera a algunas preguntas sobre la salud del participante. A los efectos del presente análisis, estos participantes no fueron incluidos, ya que la información obtenida sobre ellos fue bastante reducida y no incluía, por ejemplo, datos sobre bienestar subjetivo. Los datos finalmente utilizados en este trabajo procedieron de las entrevistas a 10 359 individuos (1967 en Finlandia; 3961 en Polonia y 4431 en España).

4.2.2. Procedimiento y materiales para la validación

El instrumento aquí utilizado forma parte de una entrevista más amplia de una media de 90-100 minutos de duración, que consistió en un cuestionario individual en el que se recogía información sobre características sociodemográficas, salud y funcionamiento, percepción sobre la calidad de vida y el bienestar subjetivo, tensión arterial, talla, peso, agudeza visual, fuerza de agarre, cognición, movilidad, y uso de servicios sanitarios. Toda esta información adicional no fue tenida en cuenta en este estudio ya que excedía los propósitos del mismo. Las entrevistas se realizaron cara a cara por entrevistadores entrenados, en el domicilio del sujeto mediante una entrevista personal asistida por ordenador (CAPI, por sus siglas en inglés: Computer-Assisted Personal Interviewing) y se llevaron a cabo entre el 8 de abril de 2011 y el 8 de mayo de 2012 tras enviar un tríptico informativo del proyecto (Anexo 2), entregar una carta de presentación (Anexo 3) y obtener el consentimiento informado por escrito de cada participante (Anexo 4). Las aprobaciones éticas se obtuvieron del Comité de Bioética, Universidad Jagiellonian, Cracovia, Polonia (Anexo 5); Comité de Revisión de Ética, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España (Anexo 6); Comité de Revisión de Ética, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España (Anexo 7); y el Comité de Revisión de Ética, Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, Finlandia (Anexo 8).

La entrevista se tradujo del inglés a cada uno de los idiomas locales, siguiendo el protocolo de traducción de la OMS para los instrumentos de evaluación que consiste en una traducción directa, una traducción inversa de los términos clave y la elaboración de un informe de la traducción por expertos bilingües. Se usaron procedimientos de control de calidad durante el trabajo de campo (Üstün et al., 2005).

4.2.3. Medidas de bienestar subjetivo

La versión abreviada del DRM (Kahneman et al., 2004) ([http://www.who.int/healthinfo// Sage / en / index.html](http://www.who.int/healthinfo//Sage/en/index.html)) (Anexo 9) se utilizó para reunir información sobre las actividades diarias de los encuestados y su bienestar subjetivo. En ella, se les pedía a los participantes que reconstruyeran sistemáticamente las actividades de una parte (mañana, tarde o noche) del día anterior con un procedimiento que consistía en recuperar los detalles específicos de los episodios sucesivos de tal momento del día, incluyendo el tipo de actividad, y la duración de la misma.

En la Tabla 1 se presenta la lista de tipos de actividades en la que el entrevistador recoge la información sobre el uso del tiempo que el participante describe acerca del día anterior.

Tabla 1. Lista de actividades.

PARTICIPANTE: ¿Qué fue lo primero que hiciste/lo siguiente que hiciste ayer?

(ENTREVISTADOR: Indique la actividad a la que el participante prestara mayor atención o que requiriese un mayor esfuerzo. Señale una sola actividad)

1 trabajando	13 leyendo
2 cultivando la tierra	14 escuchando la radio
3 preparando comida	15 viendo la tv
4 tareas domésticas	16 haciendo ejercicio o caminando
5 a cargo de los niños/as	17 otras actividades (para sí mismo/a)
6 haciendo la compra	18 aseándose o lavándose (a sí mismo)
7 caminando hacia alguna parte	19 comiendo
8 yendo en bicicleta	20 realizando actividades religiosas
9 viajando en coche / autobús / tren	21 cuidando de alguien
10 descansando (incluye té / café descanso)	22 manteniendo relaciones íntimas / sexo
11 charlando con alguien	23 irse a dormir por la noche
12 jugando (incluye cartas / juegos)	

¿Cuánto duró esta actividad?

(ENTREVISTADOR: Si el participante encuentra difícil indicar la duración exacta, pídale una estimación o duración aproximada).

Tras esto, para cada actividad informada, el participante debía valorar en una escala del 0 (en absoluto) al 6 (mucho), con el resto de puntos sin etiquetar, la intensidad de la emoción experimentada durante el desempeño de la actividad concreta informada. Por lo tanto, para cada participante se disponía de $t \times$ siete respuestas, donde t -con un máximo de diez y un mínimo de una- es el número de actividades informadas. La escala utilizada para los objetivos de este estudio consistió en los siete ítems de la escala del DRM abreviado, que se muestran como ejemplo para el Set A (por la mañana), en el Anexo 9 de esta tesis.

Fueron relevantes en este estudio y se calcularon a efecto de los análisis posteriores:

- La duración de cada actividad, reportada en horas y minutos en el cuestionario DRM.
- La duración total, procedente de la suma del tiempo empleado en el desempeño de todas las actividades informadas por cada sujeto.
- El número de actividades (de una a diez) calculado a partir de la cantidad de eventos reportados durante la entrevista para la parte del día reconstruido por el sujeto.

Para cada sujeto, por un lado, se calculó la puntuación en cada una de las siete emociones evaluadas para cada actividad por separado. Seguidamente se obtuvo la media, de las cinco emociones negativas en cada una de las actividades reportadas y la media de las dos emociones positivas en cada una de las actividades reportadas, y se ponderó cada una de estas medias por la duración de cada actividad, obteniéndose así las puntuaciones ponderadas de afecto positivo y afecto negativo para cada sujeto.

Se utilizaron las siguientes fórmulas para calcular las puntuaciones agregadas positiva (ecuación 1) y negativa (ecuación 2):

$$(1) \quad X_p = \sum_{t=1}^k w_t * X_p(t)$$

$$(2) \quad X_n = \sum_{t=1}^k w_t * X_n(t)$$

Donde X_p es la puntuación de afecto positivo agregada en cada ítem; p puede tomar valores entre 1 y 2; X_n es la puntuación negativa agregada en cada ítem; n puede tomar valores entre 3 y 7; t , que va de 1 a k , es el número total de actividades reportadas por el sujeto; w_t es la proporción de tiempo empleado en esa actividad; $X_p(t)$ es la puntuación de afecto positivo en el ítem X_p asociada a la actividad t y $X_n(t)$ es la puntuación de afecto negativo en el ítem X_n asociada a la actividad t .

Los ítems: tranquilo(a) / relajado(a) y disfrutando, fueron etiquetados como X_1 y X_2 , respectivamente; los ítems preocupado(a), apresurado(a), irritado(a)/enfadado(a), deprimido(a) y tenso(a)/estresado(a) se nombraron como como X_3 , X_4 , X_5 , X_6 y X_7 , respectivamente.

El constructo que comprende los cinco ítems negativos (*preocupado(a)*, *apresurado(a)*, *irritado(a) / enfadado(a)*, *deprimido(a)* y *tenso(a)/estresado(a)*) se denomina afecto negativo, mientras que el constructo que comprende el afecto positivo (*calmado(a)/relajado(a)* y *disfrutando*) se llama afecto positivo. Kahneman y colaboradores (2004) definieron el afecto positivo como el promedio de emociones positivas y el afecto negativo como el promedio de emociones negativas recogidas por el DRM. Una medida global que combina afecto positivo y afecto negativo también ha sido definida en la literatura: el afecto neto, que se define como el afecto positivo menos el afecto negativo (Kahneman and Krueger, 2006). Las puntuaciones agregadas en cada ítem se calcularon para cada sujeto y luego se estimaron las puntuaciones de afecto positivo y negativo.

Con estas dos puntuaciones, se calculó el afecto total para cada sujeto, restándole a la puntuación obtenida para el afecto positivo la encontrada para el afecto negativo y generando la variable afecto neto. Las tres puntuaciones se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones basadas en los ítems de la versión abreviada del *Day Reconstruction Method*.

“Afecto Positivo”	Puntuación de afecto positivo obtenida a partir de la media de las dos emociones positivas (<i>calmado(a)/relajado(a)</i> , y <i>disfrutando</i>).
“Afecto Negativo”	Puntuación de afecto negativo obtenida a partir de la media de las cinco emociones negativas (<i>preocupado(a)</i> , <i>apresurado(a)</i> , <i>irritado(a)/enfadado(a)</i> , <i>deprimido(a)</i> y <i>tenso(a)/estresado(a)</i>).
“Afecto Neto” (Kahneman et al., 2004)	Puntuación de afecto global obtenida a partir de la media de las dos emociones positivas (<i>calmado(a)/relajado(a)</i> , y <i>disfrutando</i>) menos el promedio de los cinco negativos (<i>preocupado(a)</i> , <i>apresurado(a)</i> , <i>irritado(a)/enfadado(a)</i> , <i>deprimido(a)</i> , y <i>tenso(a)/estresado(a)</i>).

Estas nuevas puntuaciones, basadas en las descripciones de Kahneman y colaboradores (2004) permiten comparar muestras y establecer relaciones entre el afecto y otras variables.

Asimismo, tal y como se ha mencionado previamente, también se pidió a los encuestados que proporcionaran algunos datos sociodemográficos, incluyendo edad, estatus socioeconómico, sexo, número de años de educación, el estado civil y que indicaran si vivían en un entorno rural o urbano.

4.2.4. *Análisis estadístico*

4.2.4.1. Descripción de la base de datos

Se realizó un examen sistemático de las bases de datos en el que se detectaron errores de codificación y valores atípicos no justificados. Dichos valores fueron considerados perdidos y no fueron tenidos en cuenta en el análisis de datos. Los criterios que determinaron la exclusión de dichos sujetos fueron la presencia de errores de codificación que dieron lugar a valores fuera de rango en las variables incluidas en el análisis (número de actividades menor que una o mayor que diez, puntuación menor que cero o mayor que seis en alguna de las emociones calificadas) y la existencia de casos en los que alguna de las emociones no fue puntuada o la duración fue cero o no se reportó. Se elaboró una versión ponderada de los datos en la que el promedio en cada uno de los siete ítems se calculó teniendo en cuenta el tiempo que cada sujeto empleó en el desarrollo de las actividades reportadas.

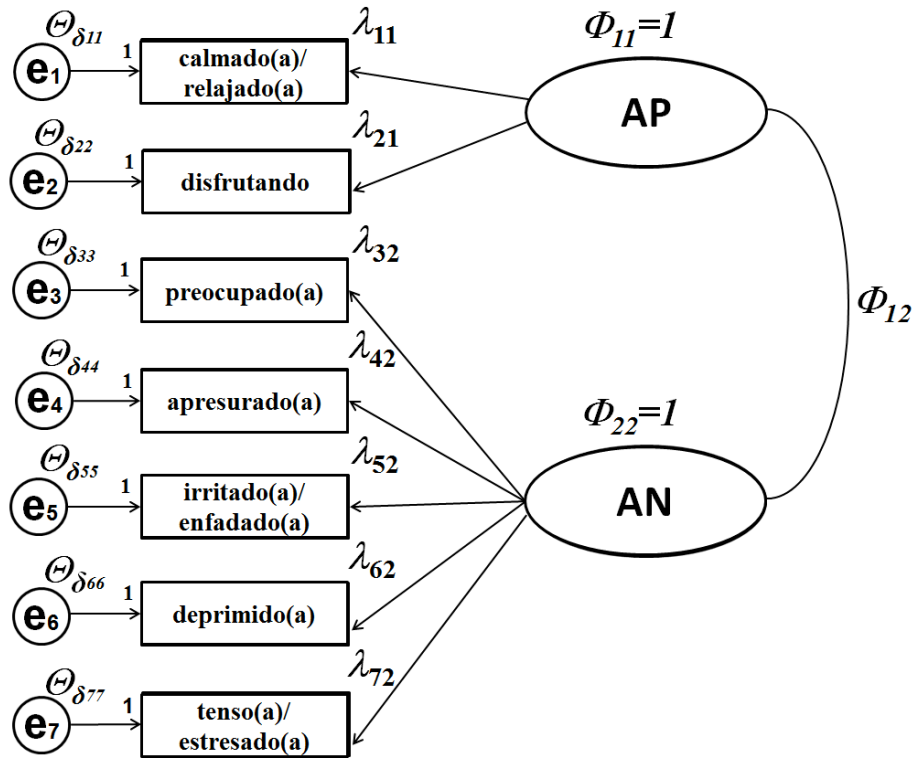
Se utilizaron análisis de estadística descriptiva para analizar las características demográficas de las muestras correspondientes a cada país. Las diferencias en las proporciones y las puntuaciones se analizaron utilizando el test de chi-cuadrado y ANOVA o pruebas t para muestras no relacionadas, dependiendo de si la variable era considerada continua o categórica y del número de grupos entre los que se efectuaba la comparación.

4.2.4.2. Modelo de medida y análisis factorial confirmatorio

En cada país se agruparon los sets A, B y C, y la estructura factorial de los siete adjetivos asociados con las diferentes actividades codificadas en el DRM se estudió por medio de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) (Jöreskog, 1971; McDonald, 1984). Las puntuaciones agregadas se crearon calculando un promedio ponderado por la duración para cada AFC y éste se llevó a cabo sobre estas puntuaciones agregadas de los siete ítems del DRM.

En base a hallazgos previos (Ayuso-Mateos et al., 2013; Caballero et al., 2014), se contrastó la hipótesis de una estructura factorial de dos factores de primer orden correlacionados con los ítems *calmado(a) / relajado(a)* y *disfrutando* como parte del factor de afecto positivo (AP), y los ítems *preocupado(a)*, *apresurado(a)*, *irritado(a)/ enfadado(a)*, *deprimido(a)* y *tenso(a)/ estresado(a)* como parte del factor de afecto negativo (AN). El modelo se representa en la Figura 11.

Figura 11. Modelo de AFC de dos factores correlacionados para la versión abreviada del cuestionario DRM.



Se obtuvieron las cargas estandarizadas asociadas con ambos factores aplicando el estimador MLM, basado en estimaciones de parámetros de máxima verosimilitud (ML, por sus siglas en inglés) que son insesgadas, consistentes, eficientes y normalmente distribuidas (Ximénez and García, 2005) mediante la prueba del estadístico chi-cuadrado corregido de Satorra-Bentler (2001). Los estadísticos chi-cuadrado robustos y los errores estándar utilizados por este estimador, son generalmente más precisos que las pruebas asintóticas cuando los datos no son normales y cuando el modelo no se especifica correctamente (Hox et al., 2010).

En cuanto a los requisitos para la identificación, el número mínimo de observaciones disponibles en cada AFC implementado nunca fue menor a 100 individuos,

y hubo siempre una ratio de sujetos variables de al menos 20:1 como recomiendan los expertos (Drasgow y Hulin, 1990; Hair et al., 1995; Hogarty et al., 2005).

La bondad de ajuste del modelo de dos factores correlacionados se evaluó de acuerdo con las recomendaciones que aparecen habitualmente en la literatura (Hu and Bentler, 1999; Reise et al., 1993): valores del índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI) por encima de 0.90 se consideraron como un ajuste adecuado; valores del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) inferiores a 0.08 indican un buen ajuste (Hu and Bentler, 1999) siendo dicho ajuste aún mejor si el extremo superior del IC al 90% inferior a 0.08 (Steiger, 2007). La falta de significación del chi-cuadrado es uno de los criterios más famosos propuestos en la literatura para evaluar la bondad de ajuste; sin embargo, ya que el estadístico chi-cuadrado es sensible al tamaño de la muestra (Schreiber et al., 2006), sus valores pueden estar inflados y ser estadísticamente significativos, cuando el tamaño de la muestra es grande, lo que podría implicar la extracción de conclusiones erróneas basadas en el uso de este test con amplios tamaños muestrales (Schumacker and Lomax, 2004). Por esta razón, a pesar de que en el texto se reportan los valores del estadístico chi-cuadrado, este criterio no fue considerado como definitivo a la hora de la toma de decisiones acerca de las estimaciones encontradas.

Fue analizado adicionalmente el ajuste correspondiente a un modelo compuesto por un único factor. Por medio del $\Delta\chi^2$ calculado mediante el factor de corrección de Satorra & Bentler (1994) y los indicadores de ajuste ya comentados, se evaluó cuál de los dos modelos (el modelo unidimensional frente al de dos factores) resultaba más adecuado para explicar la estructura de los datos.

4.2.4.3. Índices de fiabilidad

Dada la naturaleza multifactorial del cuestionario DRM y la pertinencia de calcular la puntuación compleja “afecto neto”, en cada país se evaluó la fiabilidad compuesta (Wainer and Thissen, 2001). Se calcularon dos formas del índice omega (Ecuaciones 3 y 4), en base a recientes avances psicométricos (McDonald, 1999; Zinbarg et al., 2006). Este coeficiente produce una estimación de la fiabilidad mediante un modelo factorial que descompone la varianza de la puntuación verdadera en diferentes componentes entre los que el investigador ha de decidir cuáles contribuyen a la fiabilidad de las puntuaciones del test (Sijtsma, 2009) proporcionando una estimación de la correlación que se obtendría entre estas puntuaciones y las obtenidas de forma paralela y extrayendo la proporción de varianza de la escala asociada con cada uno de los factores comunes en el modelo (McDonald, 1999). Los valores de omega pueden variar desde cero (sin fiabilidad) hasta uno (fiabilidad perfecta) y este coeficiente toma idealmente valores entre 0.70 y 0.90 cuando los ítems miden el mismo constructo latente (Campo-Arias and Oviedo, 2008).

En ausencia de unidimensionalidad, sólo cuando los ítems del instrumento son tau-equivalentes (pesos factoriales iguales y errores no correlacionados, aunque desiguales) podemos asumir que el omega jerárquico toma un valor igual al del coeficiente alfa de Cronbach (McDonald, 1999). En este trabajo se aplicaron los datos obtenidos a partir del DRM abreviado para estimar las fiabilidades de las puntuaciones a dos niveles distintos.

El coeficiente omega (ω) se calcula según la ecuación 3, e indica cómo de precisa es una puntuación que mide todos los constructos (generales y específicos) tomados a la vez:

$$(3) \quad \omega = \frac{\sum_{j=1}^k \left[\left(\sum_{i=1}^p \lambda_{ij}^* \right)^2 \right]}{\sum_{j=1}^k \left[\left(\sum_{i=1}^p \lambda_{ij}^* \right)^2 \right] + \sum_{i=1}^p \Theta_{\delta_i}^*}$$

El coeficiente omega jerárquico (ω_j) se calcula según la ecuación 4, e indica cómo de precisa es una puntuación que mide un constructo concreto a un nivel determinado de la jerarquía:

$$(4) \quad \omega_j = \frac{\left(\sum_{i=1}^p \lambda_{ij}^* \right)^2}{\sum_{j=1}^k \left[\left(\sum_{i=1}^p \lambda_{ij}^* \right)^2 \right] + \sum_{i=1}^p \Theta_{\delta_i}^*}$$

donde λ_{ij} es la saturación factorial estandarizada de la puntuación observable Y_i en un factor j , y Θ_{δ_i} es la varianza estandarizada de los errores asociados a los ítems que afectan a dicha variable Y_i ; k hace referencia a todos los factores latentes ortogonales que representan k constructos, y la puntuación Y , a la que se refieren ω y ω_j , se calcula sumando los p indicadores del cuestionario: Y_i ; $Y = Y_1 + Y_2 + \dots + Y_p$.

Para el cálculo de la fiabilidad, en el presente estudio, la varianza observada de la puntuación de un ítem se descompone en: a) la varianza atribuible al constructo de orden superior: afecto general o neto (AG), que hipotetizamos para tal fin; b) la varianza atribuible a los constructos de orden inferior (AP específico y AN específico); y c) los términos de varianza error (Θ_{δ_1} a Θ_{δ_7}) ya descritos anteriormente. Cuando para obtener una puntuación total se suma un número determinado de ítems, la varianza total de la puntuación de la escala comprende todos estos componentes (Brunner et al., 2012). Por

el contrario, para el cálculo del omega jerárquico (ω) de la puntuación global “afecto neto” del DRM, se utilizan las saturaciones factoriales obtenidas mediante la transformación de Schmid-Leiman. Así, mientras que el denominador en (4) representa la varianza del test, debida a todos los factores contenidos en la estructura del cuestionario (la varianza de todos los factores subyacentes y las varianzas atribuibles a la especificidad de los ítems), igual que en (3) el numerador en (4) ahora contiene la varianza de la que es responsable el AG únicamente. Ambos índices, omega jerárquico y omega, toman valores entre cero y uno. Como análisis adicional, a efectos de comprobación, debido a los efectos de techo y suelo de las variables analizadas, se estimó el omega por parcelas, calculado mediante el método de Raykov y Marcoulides (2012) para el cálculo de la consistencia interna, que trata los datos como si correspondieran a variables categóricas estimando la fiabilidad compuesta del cuestionario tras el ajuste del AFC. Para ello se agruparon los dos ítems positivos en una parcela y en otras dos parcelas se recogieron los ítems (negativos) 3, 4 y 5, por un lado y 6 y 7 por otro, siguiendo las recomendaciones de Hall y colaboradores (1999), mediante la estrategia de “unicidad compartida” para incrementar la precisión de la estimación de parámetros. Una parcela es una puntuación total (i.e., puntuación compuesta lineal) de un conjunto de ítems homogéneos, y se trata como una variable continua. Se optó por esta solución, dado que una condición imprescindible de las parcelas es que sean unidimensionales, para evitar que las unicidades (varianzas de los errores de medida) de los ítems de una determinada parcela correlacionen con las de otros ítems pertenecientes a otras parcelas (Verdugo et al., 2008).

4.2.4.4. Modelos de equivalencia métrica

Para testar el nivel de equivalencia de medida del DRM en las tres muestras nacionales (Finlandia, Polonia y España) en los tres sets (mañana, tarde y noche) y en los dos tipos de días de la semana (entre semana vs. fin de semana), se aplicó un modelo de AFC multi-grupo con dos factores correlacionados aplicando restricciones secuenciales sobre los parámetros de los modelos a fin de evaluar si los constructos medidos a través de las muestras a estudio son los mismos -y, por lo tanto, si estos grupos son comparables. Según Jöreskog (1971), para equiparar los grupos mediante un modelo en el que la variable es latente, éste puede definirse en base al modelo lineal. Así, mediante la ecuación para el vector de los ítems (y) tenemos que:

$$(5) \quad y = v + \Lambda \eta + \varepsilon$$

Según lo anterior, las medias aritméticas y covarianzas de los ítems pueden representarse mediante parámetros estructurales (Elosua, 2005) a través de los cuales puede comprobarse que entre los grupos estudiados se dan características métricas similares y se está midiendo el mismo constructo, a nivel de contenido. Así, se expresa mediante la fórmula para el vector de medias de los ítems:

$$(6) \quad \mu = v + \Lambda \alpha$$

Por último tenemos la fórmula para la matriz de covarianzas de los errores:

$$(7) \quad \Sigma = \Lambda\Psi\Lambda^T + \Theta$$

en las expresiones (5) (6) y (7), \mathcal{Y} se refiere a los valores de las variables aleatoria contenidas en y , ν es el vector de interceptos, Λ es la matriz de pesos factoriales de los factores latentes, η es el vector de puntuaciones factoriales, ε se refiere a los residuos (compuestos por unicidad más error) de la regresión de cada ítem sobre η , μ representa el vector de medias de los errores, α es el vector de medias de η , Σ es la matriz de covarianzas de los ítems, Ψ es la matriz de covarianzas de η , Λ^T es la matriz transpuesta de Λ , Θ es la matriz de covarianzas de ε .

Gracias a la información gradual proporcionada sobre los parámetros estructurales que definen el modelo de medida en cada uno de los grupos, y considerando los modelos secuenciales como anidados, es posible distinguir entre: invarianza estructural, invarianza métrica, invarianza fuerte e invarianza estricta (Tabla 3). Una descripción completa de cada uno de estos tipos de invarianza de medida se puede encontrar en la literatura (Gregorich, 2006; van de Schoot et al., 2012). En ellos se determina progresivamente la igualdad entre los pesos factoriales (Λ), los interceptos (μ) y las varianzas/covarianzas residuales (Θ) hasta que se rechaza el modelo.

Por motivos de convergencia, además de las restricciones propias de las pruebas de invarianza, se procedió del siguiente modo: en la invarianza de configuración o estructural, los factores se estandarizaron en todos los grupos; en la invarianza métrica, las medias factoriales se fijaron a cero en todos los grupos y la desviación típica de ambos factores se fijó a uno sólo en el grupo de Finlandia; en la invarianza fuerte o escalar y en la estricta se estandarizaron ambos factores en el primer grupo (Finlandia), únicamente.

Tabla 3. Grados de invarianza factorial*.

Modelos de invarianza factorial	Estructura de varianzas-covarianzas	Estructura de medias	Restricciones
Modelos para el estudio de la invarianza de la estructura de varianzas-covarianzas			
(E) Estructural	$\Sigma_1 = \Lambda_1 \Psi_1 \Lambda_1' + \Theta_1$	$\mu_1 = \nu_1$	
	$\Sigma_2 = \Lambda_2 \Psi_2 \Lambda_2' + \Theta_2$	$\mu_2 = \nu_2$	
	$\Sigma_3 = \Lambda_3 \Psi_3 \Lambda_3' + \Theta_3$	$\mu_3 = \nu_3$	
(M) Métrica	$\Sigma_1 = \Lambda \Psi_1 \Lambda' + \Theta_1$	$\mu_1 = \nu_1$	Pesos factoriales Iguales en los tres grupos
	$\Sigma_2 = \Lambda \Psi_2 \Lambda' + \Theta_2$	$\mu_2 = \nu_2$	
	$\Sigma_3 = \Lambda \Psi_3 \Lambda' + \Theta_3$	$\mu_3 = \nu_3$	
Modelos para el estudio de la invarianza de la estructura de medias			
(F) Fuerte	$\Sigma_1 = \Lambda \Psi_1 \Lambda' + \Theta_1$	$\mu_1 = \nu$	Interceptos Iguales en los tres grupos
	$\Sigma_2 = \Lambda \Psi_2 \Lambda' + \Theta_2$	$\mu_2 = \nu + \Lambda \alpha_2$	
	$\Sigma_3 = \Lambda \Psi_3 \Lambda' + \Theta_3$	$\mu_3 = \nu + \Lambda \alpha_3$	
(E) Estricta	$\Sigma_1 = \Lambda \Psi_1 \Lambda' + \Theta$	$\mu_1 = \nu$	Varianzas residuales iguales en los tres grupos
	$\Sigma_2 = \Lambda \Psi_2 \Lambda' + \Theta$	$\mu_2 = \nu + \Lambda \alpha_2$	
	$\Sigma_3 = \Lambda \Psi_3 \Lambda' + \Theta$	$\mu_3 = \nu + \Lambda \alpha_3$	

*Modificado de Abad et al. (Abad et al., 2011).

En el presente estudio, la evidencia para los parámetros de invarianza entre los sucesivos modelos anidados se basó en un valor de CFI menor que 0.01 (Cheung and Rensvold, 2002).

Adicionalmente, cuando no se alcanzó la invarianza total de medida, se pasó al estudio individual de los ítems que fueron causa de la no invarianza, según la información proporcionada por los índices de modificación. Mediante este procedimiento sólo un subconjunto de parámetros se fuerza a ser invariante en el modelo mientras que a otro subconjunto de parámetros se le permite variar entre los grupos. Así, la invarianza de medida parcial permite comparaciones entre grupos, incluso si no se obtiene la invarianza total (Byrne et al., 1989). Si el ajuste del modelo correspondiente a la invarianza de medida

métrica/fuerte/estricta es significativamente peor que el ajuste del modelo testado anterior, entonces la invarianza parcial puede ser establecida, liberando sólo algunos de los parámetros fijos en cada uno de los grupos comparados (cargas factoriales, interceptos y varianzas residuales, respectivamente).

Para comparar los modelos, se utilizaron los índices de ajuste descritos anteriormente. Por último, se evaluaron los modelos secuencialmente mediante el incremento en el valor del CFI (ΔCFI) siguiendo las recomendaciones de Cheung y Rensvold (2002): es aconsejable rechazar un nivel de invarianza determinado siempre que la diferencia en el valor del CFI entre dos modelos anidados sea mayor a 0.01 (es decir, $\Delta\text{CFI}>0.01$).

4.2.4.5. Comparación del bienestar subjetivo entre países y condiciones

Una vez constatada la invarianza fuerte (al menos) en todos los grupos se procedió a la comparación de las medias de las variables latentes “afecto positivo” y “afecto negativo” en cada país y, dentro de cada muestra, entre los sujetos que valoraron las emociones asociadas a actividades realizadas por la mañana, por la tarde o por la noche y, del mismo modo, se compararon las medias de las emociones asociadas a actividades realizadas entre semana frente a las realizadas en fin de semana.

Se utilizaron varios test de Wald para comparar las puntuaciones latentes en el afecto positivo y negativo a través de las diferentes muestras consideradas; la media latente y la desviación típica del afecto positivo y negativo se fijaron a cero y uno respectivamente en Finlandia, considerando a este grupo como la categoría de referencia. La misma operación se realizó considerando como grupo de referencia “la mañana” (Set

A) y los días “entre semana” en los análisis por marco temporal y día de la semana respectivamente. Se utilizó la d de Cohen para estimar el tamaño del efecto asociado a las diferencias, ya que la significación podría ser debida a los amplios tamaños muestrales considerados. Para decidir sobre la equivalencia de modelos, se utilizó el incremento en chi-cuadrado escalado de Satorra y Bentler (1994) y la probabilidad de significación asociada.

Los IC se construyeron al nivel de confianza del 95%. Cuando se encontraron diferencias significativas, se aportó una medida de tamaño del efecto: V de Cramer para la prueba de chi-cuadrado, d de Cohen para las comparaciones por pares, y f de Cohen para las diferencias totales encontradas en el ANOVA. Las recomendaciones de Cohen fueron tomadas como referencia (Cohen, 1988): según Cohen los valores de f de 0.10, 0.25 y 0.40 representan tamaños del efecto pequeños, medianos y grandes; y valores de d de 0.20, 0.50 y 0.80 constituyen tamaños de efecto pequeños, medianos y grandes, respectivamente; para la V de Cramer estos valores serían 0.10, 0.30 y 0.50, respectivamente.

4.2.5. Programas estadísticos empleados

Se utilizó el programa SPSS versión 19.0 para Windows (IBM Corp, 2010) para las operaciones de depuración de la base de datos del estudio sobre equivalencia de medida. La version 6.2 de Mplus (Muthén and Muthén, 2010) se empleó para el modelado de ecuaciones estructurales, el cálculo de la fiabilidad y los test de invarianza.

4.3. Asociación entre bienestar y salud en tres muestras europeas

En este estudio se utilizó la misma muestra que en el estudio anterior (Estudio 2) y por tanto la descripción de la misma es idéntica para ambos.

4.3.1. Medidas de bienestar y salud y otras variables relevantes

Se evaluó el bienestar experiencial con la versión abreviada del DRM (Kahneman et al., 2004), debido a su aplicabilidad en encuestas sobre población general (Ayuso-Mateos et al., 2013; Miret et al., 2012). El afecto positivo y el afecto negativo se definieron como el promedio de las emociones positivas y negativas, respectivamente, ponderado por la duración de las actividades. Las puntuaciones obtenidas se transformaron en una escala que variaba de cero a 100, con valores más altos indicando respectivamente mayor afecto positivo y mayor afecto negativo.

El bienestar evaluativo se midió mediante la escala de Auto-Anclaje de Cantril (1965) con cada participante proporcionando una puntuación entera de cero a diez y mayores puntuaciones indicando mayor bienestar evaluativo.

El estado de salud se evaluó con un conjunto de preguntas agrupadas en ocho ámbitos de salud: visión, movilidad, autocuidado, cognición, actividades interpersonales, dolor y malestar, sueño y energía y afecto (Salomon et al., 2003). Para cada pregunta, las respuestas fueron registradas en una escala de 5 puntos que oscilaba entre 1 (sin dificultad / problema) y 5 (dificultad extrema / incapacidad). Se obtuvo una puntuación de estado

de salud global a partir de estas respuestas mediante un Modelo de Crédito Parcial, un tipo de modelo de Rasch para ítems de respuesta politómica (Wilson et al., 2006). Posteriormente, la puntuación latente obtenida en salud se transformó en una escala de 0 a 100, cuyas puntuaciones más altas representan un mejor estado de salud.

La presencia de un episodio depresivo se evaluó preguntando si la persona había sido diagnosticada con depresión y había estado recibiendo tratamiento durante los 12 meses anteriores. Además, se utilizó un algoritmo basado en los criterios diagnósticos para la investigación de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 (WHO, 1993), empleando un conjunto de preguntas basadas en el cuestionario de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, dentro de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI) (Kessler and Ustun, 2004) para incluir casos no diagnosticados.

4.3.2. Análisis de la asociación entre el bienestar y el estado de salud

Los datos se ponderaron para tener en cuenta el diseño muestral en cada país y así poder generalizar los resultados a la población de referencia, de forma que los resultados obtenidos en la muestra considerada pudieran ser extrapolados a la población de cada país. Se utilizaron pesos normalizados y post-estratificados para dos grupos de edad: el de los participantes con edades comprendidas entre 18 y 49 años (18-49), y el de mayores de 50 (50+). Se aplicaron técnicas de post-estratificación a los pesos para ajustar la distribución de la población según el censo de cada país y para corregir los casos en que no hubo respuesta (Moussavi et al., 2007). Se calcularon errores típicos robustos utilizando el método de series de linealización de Taylor (Wolter, 1985).

Se realizaron análisis de frecuencias y se calcularon estadísticos descriptivos asociados a las características sociodemográficas. Asimismo, las puntuaciones medias en estado de salud y bienestar fueron calculadas con el objetivo de describir las características de la muestra final para cada país.

Se analizó la contribución relativa del bienestar evaluativo y experiencial al estado de salud mediante un análisis de regresión jerárquica o por bloques, introduciendo las variables independientes del modelo en diferentes bloques compuestos por distintas variables. Esta técnica permite introducir variables en la ecuación de modo secuencial, y éstas se eligieron de acuerdo a criterios teóricos basados en la investigación previa (Miret et al., 2014). La puntuación en salud se consideró como variable dependiente. Las variables independientes se introdujeron en diferentes etapas, lo que permite contrastar si hay un incremento en el coeficiente de determinación, R^2 , asociado al modelo al agregar cada variable o bloque de variables a la ecuación. El afecto positivo y el afecto negativo fueron incluidos dentro de un mismo bloque como componentes del bienestar experiencial, mientras que el bienestar evaluativo fue considerado en un bloque introducido posteriormente. Anteriormente, se incluyó un primer bloque que incluía características sociodemográficas para tener en cuenta su potencial efecto confusor en la relación entre bienestar y estado de salud. El nivel de ingresos se dicotomizó, considerando como categoría de referencia la pertenencia al 1^{er}-2^o quintil de ingresos. Para controlar por país también se incluyeron variables indicadoras en el primer bloque. El aumento en la proporción de varianza explicada en cada bloque, ΔR^2 , se testó en cada paso por medio de la diferencia en la razón de verosimilitudes chi-cuadrado para cada modelo, considerando como hipótesis nula que el conjunto de variables independientes introducidas en un paso posterior no mejora la capacidad predictiva del modelo previo considerado en el paso anterior.

Se proporcionaron coeficientes no estandarizados (incluyendo IC al 95%) y estandarizados (coeficientes beta). Los coeficientes beta reportados pueden ser interpretados como un incremento en la variable dependiente (en desviaciones típicas) por cada incremento de una desviación típica en la variable independiente correspondiente, y pueden usarse para evaluar cuál de estas variables tiene el grado de asociación más alto con la variable dependiente.

4.3.3. Comparación de medias de bienestar subjetivo y salud entre países

Se calcularon las estimaciones de la puntuación media de bienestar evaluativo y de estado de salud para cada país mediante varios test de Wald, usando el método de estandarización por edad para la población europea (WHO, 1990).

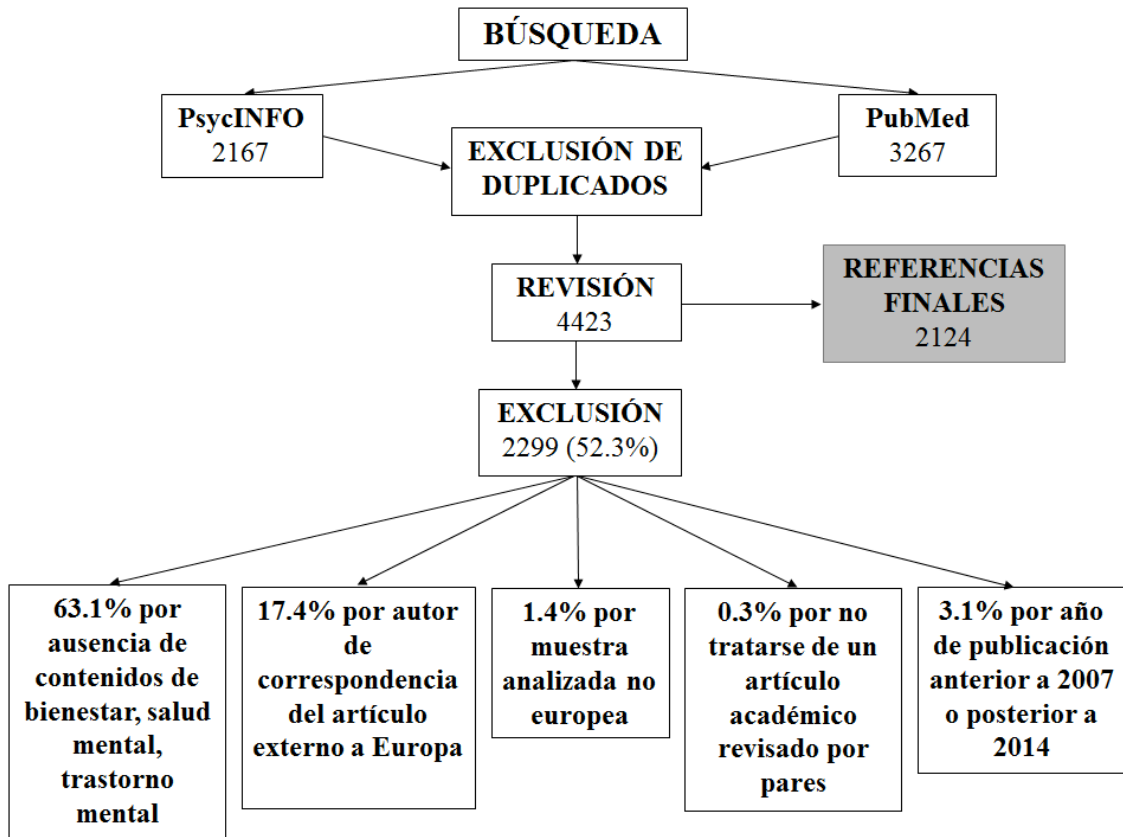
Los modelos de regresiones lineales empleados para evaluar la relación entre bienestar y salud se aplicaron mediante la versión 11 de Stata (StataCorp, 2010).

5. RESULTADOS

5.1. Estado de la investigación sobre bienestar en Europa.

Utilizando los criterios descritos se identificaron 3267 referencias en PubMed y 2167 en PsycINFO. Tras eliminar los artículos duplicados 4423 artículos pasaron a la fase de categorización y revisión de resúmenes. Este proceso supuso la exclusión de otras 2299 referencias (52.3%) por ausencia de contenidos de bienestar, salud mental, o trastorno mental (63.1%); porque el autor de correspondencia del artículo tuvo afiliación externa a Europa (17.4%), porque el año de publicación fue anterior a 2007 o posterior a 2014 (3.1%), porque la muestra analizada no fue europea (1.4%), por no tratarse de un artículo académico revisado por pares (0.3%) o por más de uno de los anteriores motivos (14.7%) (Figura 12).

Figura 12. Esquema conceptual del mapeo.

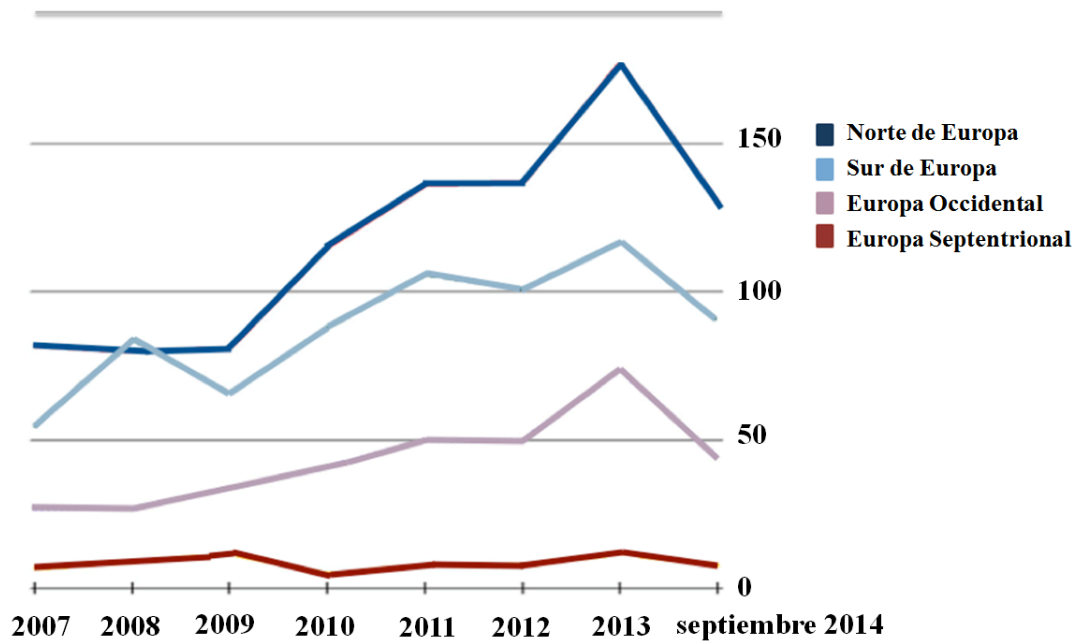


5.1.1. Procedencia y factor de impacto de los estudios

Durante el periodo de tiempo analizado, en el área de salud mental y bienestar, la producción de artículos aumentó progresivamente. Así, en 2013 el número de artículos publicados fue el doble al de 2007. En 2007 se publicaron 178 artículos; en 2008, 205 artículos; en 2009, 197, en 2010, 253; en 2011, 307 en 2012, 308 en 2013, 393, y en los primeros nueve meses de 2014, 280 artículos en frecuencias absolutas. En la Figura 13

puede observarse cómo la tendencia es ascendente en el número de publicaciones por año y región europea.

Figura 13. Número de publicaciones por año en cada región europea.

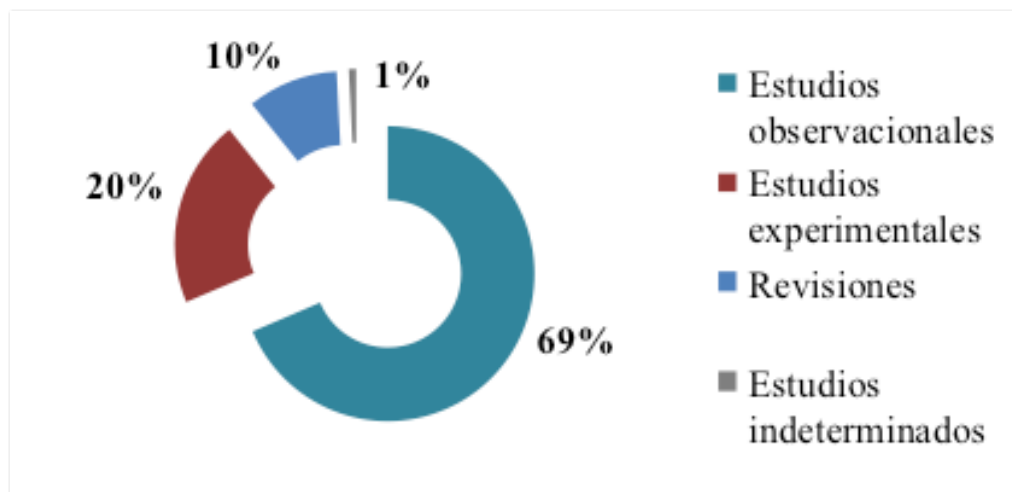


Al comparar regiones, y una vez categorizados los artículos, se observa que el mayor incremento en la proporción de referencias publicadas por año entre 2007 y 2013 (en 2014, no se consideró el año completo) procede de Europa meridional (con una ratio de 2.74), seguido por Europa septentrional (2.16) y Europa occidental (2.13). Europa oriental mostró la proporción de aumento más baja (1.71).

Respecto a las categorías de estudios encontrados, en la Figura 14 se muestran los porcentajes para los distintos tipos de publicaciones: 1456 artículos (68.6%) fueron clasificados como estudios observacionales, 438 (20.6%) como experimentales y 212 (10.0%) como revisiones (incluyendo revisiones sistemáticas, revisiones no sistemáticas o

meta-análisis). El resto de publicaciones -18 artículos (0.8%)- no pudieron clasificarse dentro de ninguna categoría y fueron etiquetadas como “indeterminadas”. No se encontró una relación significativa entre tipo de estudio y región continental del autor de correspondencia [$\chi^2(6) = 11.02, p = 0.09$].

Figura 14. Porcentaje de publicaciones sobre bienestar en el área de la salud mental en Europa entre 2007 y 2014.



En la Tabla 4 se muestran los resultados por países en función del autor de correspondencia y la muestra utilizada, con el factor de impacto medio a 5 años como criterio de ordenación. Ésta también recoge el porcentaje de artículos en cada país que no están indexados en el JCR, y el porcentaje de artículos de revistas del primer cuartil del JCR. Del total de referencias, un 87.5% fueron publicadas en revistas indexadas en el JCR en el año 2013. El factor de impacto medio global a cinco años para todos los países fue de 3.04 puntos (DT = 2.64). Al examinar este dato por países se encontró que Francia obtuvo el factor de impacto medio a cinco años más alto (4.99 ± 8.78), seguido de Holanda, Reino Unido, Alemania, Bélgica y Suiza, con valores superiores a 3. Noruega, Finlandia, Austria, Italia e Irlanda presentaron factores de impacto medio a 5 años en un

intervalo que osciló entre 2.8 y 3. Entre aquellos países que presentaron un factor de impacto medio a 5 años de 2.8 o superior, Holanda, Alemania, Suiza, Noruega, Finlandia y Austria tuvieron un porcentaje inferior al 10% de artículos publicados en revistas no indexadas en JCR. Destaca también el dato de Francia respecto a su tasa -superior al 50%- de artículos publicados en revistas clasificadas en el primer cuartil en el JCR.

Tabla 4. Número de publicaciones, factor de impacto medio a cinco años y porcentaje de artículos en el primer cuartil por país.

País	Artículos cuyo autor de correspondencia es de este país	Artículos con muestra de este país	Artículos (%) de revistas que no están en JCRa	Factor de impacto medio a 5 años (Media \pm DT) en 2011	Artículos (%) de revistas en el 1er cuartil en JCRb
Francia	37	24	5 (13.5)	4.99 \pm 8.78	21 (56.7)
Holanda	273	180	13 (4.8)	3.57 \pm 2.44	123 (45.1)
Reino Unido	515	400	95 (18.4)	3.40 \pm 3.23	194 (37.7)
Alemania	254	169	16 (6.3)	3.35 \pm 2.91	110 (43.3)
Bélgica	65	46	8 (12.3)	3.05 \pm 1.68	28 (43)
Suiza	65	41	3 (4.6)	3.03 \pm 1.90	25 (38.5)
Noruega	93	77	9 (9.7)	2.88 \pm 1.69	33 (35.5)
Finlandia	87	71	7 (8)	2.86 \pm 1.60	33 (37.9)
Austria	24	14	1 (4.2)	2.85 \pm 1.72	9 (37.5)
Italia	140	92	16 (11.4)	2.82 \pm 1.59	52 (37.1)
Irlanda	48	39	15 (31.3)	2.80 \pm 1.78	15 (31.3)
España	116	95	9 (7.8)	2.45 \pm 1.29	33 (28.4)
Dinamarca	40	25	5 (12.5)	2.44 \pm 1.41	8 (20)
Suecia	136	90	23 (16.9)	2.43 \pm 1.28	40 (29.4)
Hungría	13	10	2 (15.4)	2.37 \pm 1	4 (30.8)
Grecia	24	22	4 (16.7)	2.36 \pm 1.12	7 (29.2)
Polonia	27	23	8 (29.6)	2.28 \pm 2.03	4 (14.8)
Turquía	51	33	4 (7.8)	1.97 \pm 1.04	16 (31.4)
Portugal	26	22	5 (19.2)	1.75 \pm 1.18	5 (19.2)
Croacia	19	12	3 (15.6)	1 \pm 0.88	1 (5.3)
Serbia	9	5	1 (11.1)	-	-
Eslovaquia	9	5	0 (0)	-	-
Islandia	8	10	0 (0)	-	-
República Checa	6	5	0 (0)	-	-
Lituania	5	4	2 (60)	-	-
Eslovenia	5	3	0 (0)	-	-
Estonia	4	4	0 (0)	-	-
Chipre	4	3	1 (25)	-	-
Bulgaria	4	2	3 (75)	-	-
Malta	2	2	1 (50)	-	-
Rusia	2	2	1 (50)	-	-
Georgia	1	2	1 (100)	-	-
Ucrania	1	2	0 (0)	-	-
Bielorrusia	1	1	0 (0)	-	-
Bosnia-Herzegovina	1	1	0 (0)	-	-
Rumanía	1	1	1 (100)	-	-
Luxemburgo	1	0	1 (100)	-	-
Albania	0	1	-	-	-
Andorra	0	1	-	-	-
Azerbaiyán	0	1	-	-	-

a Porcentaje calculado sobre el número de artículos cuyo autor de correspondencia es de este país. b Porcentaje calculado sobre el número de artículos de revistas indexadas en JCR cuyo autor de correspondencia es de este país. El factor de impacto medio a cinco años y porcentaje de artículos en el primer cuartil en JCR no se reportó para los países con menos de 10 publicaciones (de acuerdo al país del autor de correspondencia). Modificada de Miret y colaboradores (2015).

5.1.2. Estudios con datos originales

En la Tabla 5 se muestran estos mismos resultados por país considerando solo estudios con datos originales (excluyendo revisiones y metaanálisis). En línea con el análisis anterior, Francia encabezó la lista en cuanto al factor de impacto medio en los últimos 5 años, seguida de Holanda, Alemania y el Reino Unido. Por otro lado, al analizar las revisiones sistemáticas, no sistemáticas, o meta-análisis, en 75 de estos trabajos (35.7%) el autor de correspondencia fue del Reino Unido, en 21 (10.0%) de Alemania y en 20 (9.5%) de Holanda de un total de 212 estudios. En el resto de países, el número de revisiones fue inferior a 15.

Tabla 5. Número de publicaciones, factor de impacto medio a cinco años y porcentaje de artículos en el primer cuartil por país, considerando solo estudios primarios.

País	Artículos cuyo autor de correspondencia es de este país	Artículos con muestra de este país	Artículos (%) de revistas que no están en JCR ^a	Factor de impacto medio a 5 años (Media \pm DT) en 2011	Artículos (%) de revistas en el primer cuartil en JCR ^b
Francia	33	24	5 (15.2)	5.29 \pm 9.38	18 (54.5)
Holanda	252	177	11 (4.4)	3.60 \pm 2.51	113 (44.8)
Alemania	231	166	15 (6.5)	3.28 \pm 2.93	97 (42)
Reino Unido	436	384	75 (17.2)	3.17 \pm 2	165 (37.8)
Bélgica	58	46	7 (12.1)	2.99 \pm 1.61	23 (40)
Suiza	50	39	3 (6)	2.96 \pm 1.77	18 (36)
Austria	23	14	1 (4.3)	2.92 \pm 1.72	9 (39.1)
Finlandia	84	71	6 (7.1)	2.89 \pm 1.61	33 (39.3)
Noruega	89	77	7 (7.9)	2.81 \pm 1.52	32 (36)
Irlanda	41	38	12 (29.3)	2.79 \pm 1.68	14 (34.1)
Italia	122	89	12 (9.8)	2.69 \pm 1.32	42 (34.4)
Dinamarca	33	23	4 (12.1)	2.65 \pm 1.38	7 (21.2)
España	111	95	9 (8.1)	2.46 \pm 1.31	32 (28.8)
Suecia	125	90	21 (16.8)	2.45 \pm 1.28	37 (29.6)
Hungría	13	10	2 (15.4)	2.37 \pm 1	4 (30.8)
Grecia	23	22	3 (13)	2.36 \pm 1.12	7 (30.4)
Polonia	24	23	7 (29.2)	2.25 \pm 2.12	4 (16.7)
Turquía	47	33	4 (8.5)	1.93 \pm 1	15 (31.9)
Portugal	25	22	4 (16)	1.75 \pm 1.18	5 (20)
Croacia	14	12	3 (21.4)	1.19 \pm 1.02	1 (7.1)
Eslovaquia	9	5	0 (0)	-	-
Islandia	8	10	0 (0)	-	-
Serbia	6	5	1 (16.7)	-	-
Lituania	5	4	2 (40)	-	-
República Checa	4	5	0 (0)	-	-
Estonia	4	4	0 (0)	-	-
Chipre	4	3	1 (25)	-	-
Eslovenia	4	3	0 (0)	-	-
Bulgaria	3	2	2 (66.7)	-	-
Malta	2	2	1 (50)	-	-
Georgia	1	2	1 (100)	-	-
Rusia	1	2	1 (100)	-	-
Ucrania	1	2	0 (0)	-	-
Bielorrusia	1	1	0 (0)	-	-
Bosnia-Herzegovina	1	1	0 (0)	-	-
Rumanía	1	1	1 (100)	-	-
Luxemburgo	1	0	1 (100)	-	-
Azerbaiyán	0	1	-	-	-

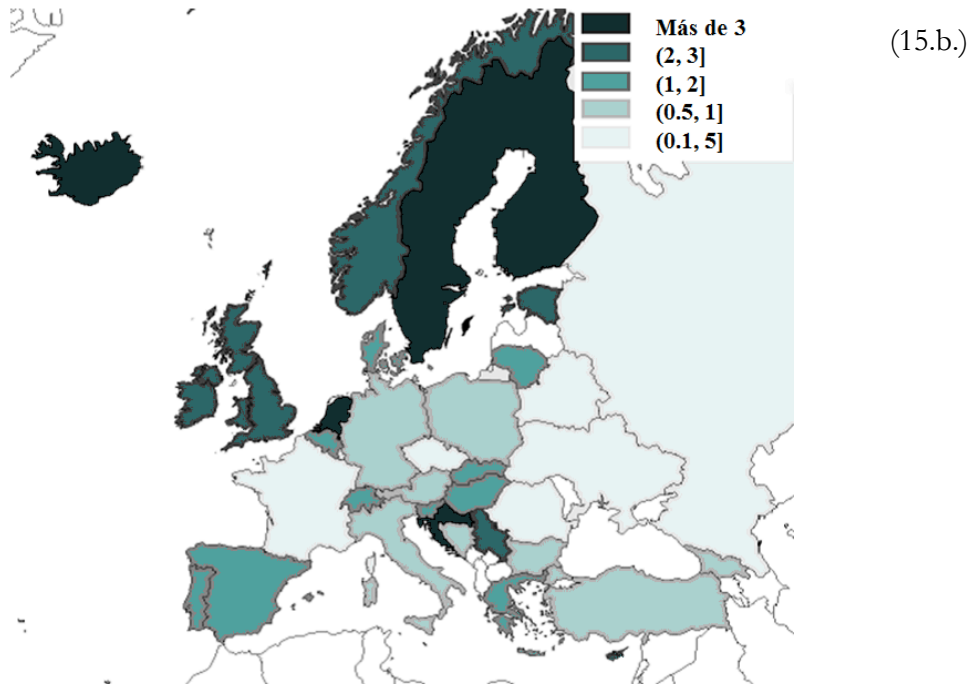
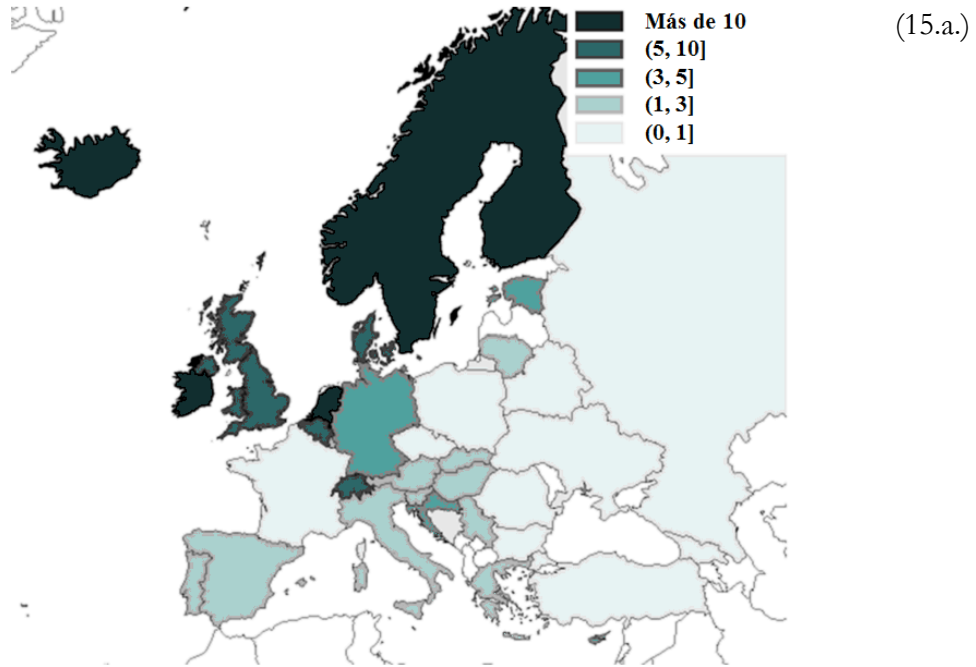
a Porcentaje calculado sobre el número de artículos cuyo autor de correspondencia es de este país. *b* Porcentaje calculado sobre el número de artículos de revistas indexadas en JCR cuyo autor de correspondencia es de este país. El factor de impacto medio a cinco años y porcentaje de artículos en el primer cuartil en JCR no se reportó para los países con menos de 10 publicaciones (de acuerdo al país del autor de correspondencia). Modificada de Miret y colaboradores (2015).

5.1.3. Volumen de publicaciones controlando por PIB y tamaño de la población

Los análisis mostraron una asociación entre la producción científica sobre bienestar en este área y el PIB nacional ($r = 0.66$; $p < 0.001$), con un IC al 95% amplio (0.44, 0.81). El coeficiente de correlación parcial, después de controlar por el tamaño de la población, fue similar ($r = 0.68$, $p < 0.001$). Las comparaciones por pares mostraron que la correlación sin ajustar entre el número de publicaciones y el tamaño de la población fue moderada ($r = 0.35$; $p = 0.025$), con un IC al 95% también amplio (0.05, 0.60), donde el límite inferior fue cercano a cero. Se encontró que, al controlar por el PIB, el coeficiente de correlación parcial entre el número de publicaciones y el tamaño de la población fue similar al coeficiente no ajustado en magnitud, y sin embargo los resultados mostraron cómo la relación entre el número de publicaciones y el tamaño de la población está influenciada por el PIB dado que la asociación se dio en la dirección opuesta ($r = -0.39$, $p = 0.015$).

Además, se controló el número de publicaciones de cada país europeo (en función del autor de correspondencia) por el tamaño de la población, obteniendo como resultado el número de publicaciones por millón de habitantes, para el período entre enero de 2007 y septiembre de 2014. Los países con mayor número de publicaciones por habitante, así considerados, fueron Islandia, Noruega, Holanda, Finlandia y Suecia, seguidos de Suiza, Reino Unido, Dinamarca y Bélgica (Figura 15a).

Figura 15. Número de publicaciones por millón de habitantes (15. a) y por 10 millones de euros del PIB (15.b).



Modificadas de Miret y colaboradores (2015).

Por último, al ajustar el número de publicaciones de cada país por el PIB, la jerarquía cambió, situándose Islandia, Croacia, Finlandia, Holanda, Holanda y Suecia en primer lugar en cuanto a número de publicaciones (Figura 15.b). Por detrás de estos países se encontró que Malta, Irlanda, Serbia, el Reino Unido, Chipre, Noruega y Estonia componían un segundo nivel. En el tercer nivel, con un número de publicaciones entre uno y dos por cada 10 000 millones de euros de PIB se situaron Bélgica, Dinamarca, Portugal, Lituania, Eslovenia, Grecia, Hungría, Suiza, Eslovaquia y España. Para el resto de países, el número de publicaciones fue inferior a uno por 10 000 millones de euros de PIB.

5.1.4. Número de publicaciones según las características de la muestra

De entre todos los estudios revisados un total de 765 analizaron un trastorno mental concreto, siendo el grupo más frecuentemente tratado el de los trastornos del estado de ánimo, que fueron estudiados en 200 (26.1%) artículos. En segundo lugar, se encontró que la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes fueron el objeto de estudio de 133 publicaciones (17.4%). Seguidamente, en 84 estudios (11%) se describían aspectos de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas. En 83 (10.9%) artículos de la muestra se evaluaron los síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (trastornos de la alimentación, disfunciones sexuales y trastornos del sueño principalmente). Por último, los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés o

somatomorfos se estudiaron en 83 de los artículos (10.0%). En los 182 estudios restantes (23.8%) se analizaron otros trastornos mentales.

En el 86.3% de los artículos revisados la muestra se compuso de participantes varones y mujeres. En un 10.2%, la muestra incluía solo a mujeres, mientras que el 3.5% restante incluía solamente a hombres. En el 10.6% de las publicaciones revisadas, la muestra evaluada fueron niños, adolescentes o ambos grupos de edad; adultos en el 62.9% e individuos pertenecientes a la tercera edad en el 3.8% de los casos. El 22.7% de los estudios se centró en una muestra que incluyó a más de un grupo de edad (diferente de niños y adolescentes).

5.1.5. Resultados del control de calidad de la revisión

Respecto a la consistencia interjueces de estos resultados, considerando el 10% de los artículos del periodo 2007-2011, se obtuvo un coeficiente kappa de 0.71 [IC 95% = (0.62, 0.80)] para las decisiones de los dos evaluadores independientes sobre si incluir o excluir cada referencia, con un porcentaje de acuerdo del 85.7%. Para los dos revisores responsables del mapeo entre enero de 2012 y septiembre de 2014, el porcentaje de acuerdo, con un coeficiente kappa de 0.71 [IC 95% = (0.62, 0.81)], también fue alto (85.9%).

5.2. Equivalencia métrica de un instrumento para la medida del bienestar subjetivo

5.2.1. Características de la muestra

Aproximadamente el 4% de los 10 800 sujetos entrevistados fueron excluidos del análisis, ya que no completaron la entrevista o no respondieron a uno o más ítems del DRM, y la muestra final comprendió 10 359 sujetos. Los entrevistados excluidos de la encuesta no difirieron de la muestra final en cuanto a características demográficas importantes (las diferencias no fueron significativas, o tuvieron un tamaño de efecto pequeño). No se encontraron diferencias significativas entre los datos perdidos y los analizados en la muestra final en sexo (60.1% vs. 57.2% mujeres respectivamente en la muestra de excluidos vs. analizados; $\chi^2(1) = 1.45, p = 0.23$); el número de años de educación (11.02 ± 5.39 vs. 11.36 ± 5.26 respectivamente; $t(477.82) = -1.30; p = 0.20$), el nivel de ingresos familiares (56.5% entrevistados de familias pertenecientes al 1^{er}-2^o quintil socioeconómico vs. 57.0% 3^{er}-4^o-5^o quintil, respectivamente en la muestra de excluidos vs. la muestra de participantes analizada; $\chi^2(1) = 0.03; p = 0.854$) y el estado civil (58.5% vs. 58.7% actualmente casados o en convivencia respectivamente en la muestra de excluidos vs. analizados; $\chi^2(1) = 0.01, p = 0.94$). Se encontraron diferencias significativas en la edad (57.66 ± 15.36 en la muestra de excluidos; vs. 59.23 ± 17.15 en la muestra analizada; $t(487.86) = -2.08; p = 0.038; d$ de Cohen = 0.10) y en el entorno residencial (20.0% con residencia en zona rural en la muestra excluida versus 26.8% de residentes en zonas rurales en la muestra final, $\chi^2(1) = 10.27; p = 0.001; V$ de Cramer = 0.031).

En la Tabla 6 se presentan las principales características sociodemográficas y otras variables relevantes de los encuestados por país. Se encontraron diferencias significativas entre países, con tamaños del efecto que van desde pequeños a medianos. Se encontraron mayores diferencias en el entorno residencial, conteniendo la muestra de Polonia un mayor porcentaje de participantes residentes en el ámbito rural. También se observaron diferencias leves (significativas, pero con un tamaño del efecto entre pequeño y moderado) entre los tres países con respecto a los años de educación y la presencia de depresión.

Tabla 6. Características sociodemográficas por país.

	Finlandia (n= 1967)	Polonia (n = 3961)	España (n = 4431)	Tamaño del efecto
Mujer: n (%)	1130 (57.4%)	2376 (60.0%)	2419 (54.6%)	0.05
Edad, años: media (DT)	59.28±16.40	57.68±18.26	59.23±16.31	0.08
Años de educación: media (DT)	12.22±4.26	11.65±4.01	11.36±6.45	0.11
Ingresos familiares (ref. 1^{er} o 2^o quintil): n (%)	810 (41.6%)	1790 (46.7%)	1536 (40.1%)	0.06
Casado/a o en convivencia: n(%)	1204 (62.6%)	2193 (55.4%)	2658 (60.0%)	0.06
Entorno residencial rural: n (%)	438 (22.3%)	1735 (43.8%)	607 (26.8%)	0.31
Depresión: n (%)	187 (9.8%)	362 (9.4%)	816 (19.0%)	0.14

NOTA: Todas las diferencias fueron significativas a un nivel de confianza del 99%. Tamaño del efecto: V de Cramer para la prueba χ^2 realizada sobre variables categóricas y f de Cohen para el ANOVA realizado sobre variables cuantitativas.

5.2.2. Ajuste del modelo

El modelo de dos factores correlacionados propuesto mostró un buen ajuste en cada país, de acuerdo con los índices de ajuste recogidos en la Tabla 7. Los valores de RMSEA oscilaron entre 0.048 y 0.062 entre los distintos países, mientras que los valores para CFI y TLI fueron superiores a 0.90 en todos los casos. Las cargas factoriales de los ítems del DRM oscilaron entre los tres países considerados 0.71 y 0.98 en el caso del

factor de afecto positivo y entre 0.53 y 0.91 en el caso del factor de afecto negativo, lo que indica que los dos factores estuvieron bien definidos. La proporción total de varianza explicada por el modelo de dos factores correlacionados en cada país fue de 55% para Finlandia, 73% para Polonia y 76% para España. En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el DRM, se encontraron valores adecuados para el *coeficiente omega en el caso del afecto positivo* (0.83 en Finlandia, 0.89 en Polonia y 0.88 en España) y en el caso del afecto negativo (0.82, 0.92 y 0.94, respectivamente, en los tres países).

Tabla 7. Índices de bondad de ajuste y pesos factoriales estandarizados para el modelo de dos factores correlacionados, por país.

	Finlandia		Polonia		España	
$\chi^2(g.l.)$	3.915* (13)		3.459* (13)		3.423* (13)	
CFI	0.940		0.980		0.974	
TLI	0.904		0.968		0.957	
RMSEA	0.058		0.048		0.062	
(IC 90%)	(0.047, 0.069)		(0.040, 0.055)		(0.055, 0.069)	
ITEMS	AP	AN	AP	AN	AP	AN
Calmando(a)/relajado(a)	0.93		0.93		0.98	
Disfrutando	0.71		0.85		0.77	
Preocupado(a)		0.62		0.86		0.86
Apresurado(a)		0.64		0.72		0.86
Irritado(a)/enfadado(a)		0.77		0.86		0.91
Deprimido(a)		0.53		0.90		0.81
Tenso(a)/estresado(a)		0.88		0.84		0.91

NOTA: *g.l.* = grados de libertad; * $p < 0.001$. AP: *afecto negativo*; AN: *afecto negativo*. Modificada de Mellor-Marsá y colaboradores (2015).

Como análisis adicional, se comparó este modelo compuesto por dos factores con un modelo unidimensional, siendo el ajuste de éste último poco adecuado en cada una de las tres muestras consideradas (RMSEA > 0.080, CFI < 0.90, TLI < 0.90). Además, de acuerdo a los valores del BIC de Schwarz, el modelo de dos factores mostró un mejor ajuste a los datos que el de un solo factor (29 199.07 vs. 29 727.37 en Finlandia,

72 535.57 vs. 75 541.48 en Polonia, y 68 283.94 vs. 711 43.65 en España, en las respectivas comparaciones entre el modelo de dos factores y el unidimensional). La diferencia en el chi-cuadrado de Satorra-Bentler para ambos modelos resultó significativa en las tres muestras [$\Delta\chi^2(1) = 1333.79$ en Finlandia, $\Delta\chi^2(1) = 2744.79$ en Polonia, y $\Delta\chi^2(1) = 1957.96$ en España], con $p < 0.001$ en todos los casos y considerando como modelo de referencia el modelo compuesto por dos factores y el incremento en el valor del estadístico χ^2 apoyó la decisión de abandonar el modelo unidimensional.

5.2.3. Fiabilidad de las puntuaciones

Los valores encontrados para la fiabilidad de la puntuación compuesta (es decir, el afecto neto, la puntuación global en el DRM) también fueron altos: 0.88 para la muestra finlandesa, 0.92 para la muestra polaca y 0.93 para la muestra española.

En la Tabla 8 se muestran los valores de omega y omega jerárquico para las tres muestras analizadas. Los valores de fiabilidad para el test completo (ω total, Tabla 8) calculados a través del modelo factorial, son mayores que 0.85 en todos los casos, con un valor alto para Polonia ($\omega_{Polonia} = 0.92$) y España ($\omega_{España} = 0.93$) y algo más bajo, aunque aceptable, para Finlandia ($\omega_{Finlandia} = 0.88$).

Sin embargo, el valor de ω_j (ω jerárquico, Tabla 8) o precisión con que la puntuación total mide el constructo “afecto neto” independientemente de la aportación de los dos factores específicos, es relativamente baja en los tres países dado que, siendo alta la contribución de los dos factores específicos (AP y AN) a la puntuación total (como

se ha visto en el paso anterior), el factor general “afecto neto”, no es responsable, por sí solo de la varianza total del constructo.

A modo de comprobación adicional se presentan los valores hallados para las tres muestras (ω por parcelas, Tabla 8), obtenidos tras un análisis por parcelas. Como se observa en la Tabla 8, los índices resultantes son inferiores ($\omega_{P, Finlandia} = 0.78$; $\omega_{P, Polonia} = 0.79$; $\omega_{P, España} = 0.85$) a los obtenidos considerando los datos como continuos (ω total, Tabla 8), lo cual tiene sentido, dado que se trabajó con puntuaciones promedio.

Tabla 8. Índices de fiabilidad.

Fiabilidad	Finlandia (<i>n</i> = 1967)	Polonia (<i>n</i> = 3961)	España (<i>n</i> = 4431)
ω Total (ω)	0.88	0.92	0.93
ω Jerárquico (ω_j)	0.70	0.60	0.65
ω Por parcelas (ω_p)	0.78	0.79	0.85

5.2.4. Evidencias de invarianza factorial

Se realizó un AFC multigrupo para estudiar la invarianza entre países. Los índices de bondad de ajuste de los modelos considerados para probar la invarianza invarianza de medida se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos de invarianza a través de los tres países.

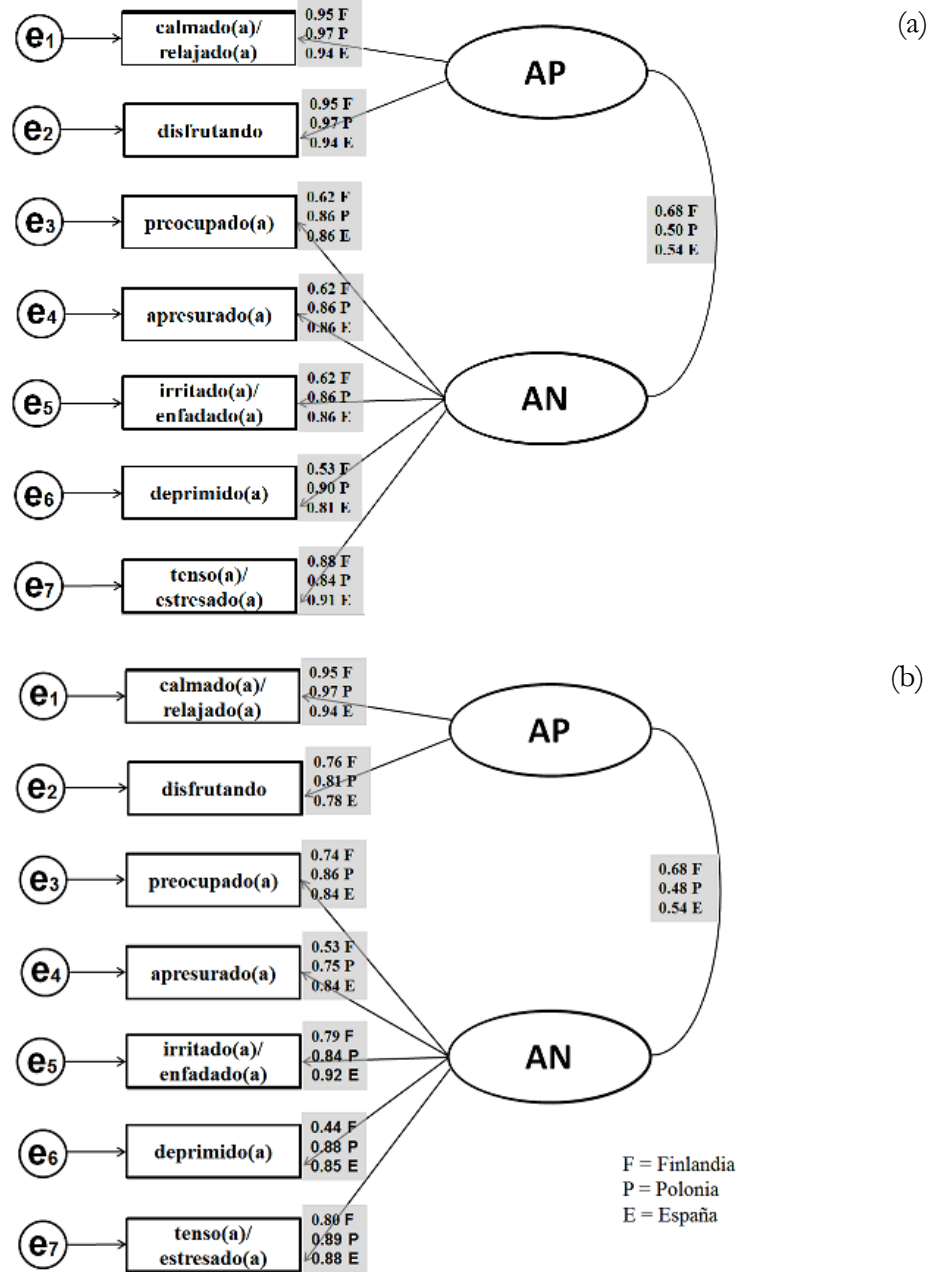
	RMSEA(90% IC)	CFI	Δ CFI	TLI
Estructural	0.056 (0.051, 0.060)	0.972	-	0.955
Métrica	0.065 (0.061, 0.069)	0.952	0.020*	0.938
Métrica parcial [λ_6]	0.056 (0.052, 0.061)	0.965	0.007	0.954
Fuerte	0.059 (0.055, 0.063)	0.955	0.010	0.949
Estricta	0.071 (0.067, 0.074)	0.918	0.037*	0.928
Estricta parcial [Θ_4]	0.065 (0.061, 0.068)	0.934	0.021*	0.939
Estricta parcial [Θ_4, Θ_5]	0.061 (0.058, 0.065)	0.942	0.013*	0.945
Estricta parcial [$\Theta_4, \Theta_5, \Theta_2$]	0.059 (0.055, 0.062)	0.948	0.007	0.950

NOTA: Entre corchetes: parámetros liberados para evaluar la invarianza parcial; λ_6 = Peso factorial del ítem *deprimido(a)* sobre el factor de afecto negativo; $\Theta^2, \Theta^4, \Theta^5$ = varianzas residuales asociadas a los ítems *disfrutando*, *apresurado(a)*, *irritado(a)/enfadado(a)*, respectivamente; * Δ CFI > 0.01 respecto al modelo de invarianza previamente alcanzado (estructural /parcial métrico/fuerte). Modificada de Mellor-Marsá y colaboradores (2015).

Todos los modelos presentaron valores de RMSEA inferiores a 0.08 y valores de CFI y TLI superiores a 0.90. En términos de Δ CFI, el modelo propuesto para comprobar la invarianza métrica mostró una disminución de 0.02 en el valor del CFI con respecto al modelo utilizado para verificar la invarianza estructural. La invarianza métrica parcial se confirmó después de liberar la carga del ítem *deprimido(a)* sobre el factor de afecto negativo. El modelo de invarianza fuerte mostró un buen ajuste (RMSEA = 0.059, CFI = 0.955, TLI = 0.949), pero la disminución en el valor del CFI para el modelo subsiguiente (invarianza estricta) fue 0.037 y, por tanto, superior al punto de corte de 0.01. Finalmente, la invarianza estricta parcial se alcanzó sólo cuando se permitió que las varianzas residuales asociadas con los ítems *disfrutando*, *apresurado(a)* e *irritado(a)/enfadado(a)* entre grupos. En este último modelo, los índices de bondad de ajuste fueron: RMSEA = 0.059, CFI = 0.948 y TLI = 0.950. Las cargas estandarizadas correspondientes al modelo de invarianza estructural y al modelo de invarianza estricta parcial en cada país se muestran

en la Figura 16, donde se puede observar que los pesos factoriales estandarizados fueron altos en todas las muestras con la excepción de los ítems *apresurado(a)* y *deprimido(a)*, que, aunque por encima de 0.4 en todos los casos, están peor representados. En ambos modelos las cargas del ítem *deprimido(a)* sobre el factor negativo fueron menores en el grupo finlandés, mientras que mostraron valores similares en las otras dos muestras. La correlación entre factores varió en un rango de 0.48 a 0.68 en las tres muestras.

Figura 16. Pesos factoriales estandarizados (λ) y correlaciones entre factores para el modelo de invarianza estructural (16.a) y el modelo de invarianza estricta parcial (16.b) en cada país.



NOTA: Los pesos estandarizados no son los mismos a pesar del hecho de que se ha logrado la invarianza métrica, debido a la variación en las varianzas de error y las varianzas de los factores latentes. Modificada de Mellor-Marsá y colaboradores (2015).

Atendiendo a las varianzas de los factores en cada país y las varianzas residuales de cada uno de los ítems, las diferencias en los pesos estandarizados entre países fueron debidas a una mayor varianza del factor y/o a una menor varianza residual del ítem correspondiente. Para Finlandia la varianza de cada factor fue fijada a 1 mientras que en Polonia la varianza asociada a los factores positivo y negativo fue 1.83 y 2.23, respectivamente; en España estos valores fueron 0.79 y 1.92. En los que respecta a las varianzas error liberadas, los valores para Finlandia, Polonia y España, fueron respectivamente 0.74, 0.96 y 0.49 para el ítem 2 (*disfrutando(a)*); estos valores fueron 0.93, 0.63 y 0.28 para el ítem 4 (*apresurado(a)*), y 0.20, 0.31 y 0.12 para el ítem 5 (*irritado(a)/enfadado(a)*).

Por otro lado, el análisis de la invarianza basado en el momento temporal reconstruido (mañana, tarde o noche) y el día de la semana (entre semana o en fin de semana) se llevaron a cabo en cada país y los correspondientes índices de ajuste del modelo se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos de invarianza a través del marco temporal y del tipo e día de la semana.

	Finlandia		Polonia		España	
Marco temporal (Mañana, Tarde, Noche)	RMSEA	CFI	RMSEA	CFI	RMSEA	CFI
Estructural	0.056	0.944	0.054	0.976	0.064	0.973
Métrica	0.052	0.939	0.047	0.975	0.059	0.970
Fuerte	0.054	0.920*	0.047	0.972	0.059	0.964
Fuerte Parcial [μ_4]	0.052	0.930				
Estricta	0.063	0.873*	0.037	0.979	0.050	0.968
Estricta Parcial [Θ_4]	0.056	0.902*				
Estricta Parcial [Θ_4, Θ_5]	0.051	0.919*				
Estricta Parcial [$\Theta_4, \Theta_5, \Theta_3$]	0.046	0.937				
Día de la semana (Entre semana, Fin de semana)	RMSEA	CFI	RMSEA	CFI	RMSEA	CFI
Estructural	0.061	0.934	0.046	0.980	0.066	0.973
Métrica	0.058	0.929	0.042	0.981	0.063	0.970
Fuerte	0.059	0.914*	0.041	0.978	0.062	0.966
Fuerte Parcial [μ_4]	0.057	0.922				
Estricta	0.057	0.909*	0.033	0.983	0.053	0.970
Estricta Parcial [Θ_4]	0.053	0.921				

NOTA: Entre corchetes: parámetros liberados para evaluar la invarianza parcial; μ_4 = Intercepto del ítem apresurado(a); Θ^3 , Θ^4 , Θ^5 = varianzas residuales asociadas a los ítems preocupado(a), apresurado(a), e irritado(a)/enfadado(a), respectivamente; * $\Delta CFI > 0.01$ respecto al modelo de invarianza previamente alcanzado (estructural / métrico / fuerte parcial). Modificada de Mellor-Marsá y colaboradores (2015).

El nivel de invarianza estricta se logró para ambas dimensiones en Polonia y España; mientras que en la muestra finlandesa las puntuaciones alcanzaron un nivel fuerte de invarianza entre los grupos solo cuando se permitió que el parámetro del intercepto asociado con el ítem apresurado(a) fuera liberado en ambos casos: respecto al marco temporal y a través de los distintos tipos de días de la semana. Las varianzas residuales asociadas a los ítems preocupado(a), apresurado(a), e irritado(a)/enfadado(a), respectivamente, también se liberaron en la muestra finlandesa para lograr la invarianza estricta parcial en los análisis de comparación del marco temporal. Finalmente, en esta misma muestra, se alcanzó la invarianza parcial estricta por día de la semana al liberar el ítem apresurado(a).

5.2.5. Comparación de medias de bienestar subjetivo entre países y condiciones

Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones latentes (afecto positivo y afecto negativo) entre países (Tabla 11).

Tabla 11. Medias latentes para el afecto positivo y negativo en cada país.

	Finlandia (1)		Polonia		España		Tamaño del efecto para cada comparación por pares		
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	F-P	F-E	P-E
Afecto Positivo	0.00	1.00	-0.59*	1.42	-0.10*	0.96	0.45	0.10	0.41
Afecto Negativo	0.00	1.00	0.50*	1.45	0.68*	1.36	0.38	0.54	0.13

NOTA: (1) Grupo de referencia; * Todas las diferencias fueron significativa al nivel de confianza del 99% respecto al grupo de referencia. Tamaño del efecto: *d* de Cohen; F: Finlandia; P: Polonia; E: España. Tamaño del efecto: *d* de Cohen para las diferencias de pares de medias. Modificada de Mellor-Marsá y colaboradores (2015).

En cuanto al afecto positivo, la muestra finlandesa presentó la puntuación más alta (seguida por España y, por último, Polonia), mientras que la muestra española mostró la puntuación más alta en el afecto negativo (seguida por Polonia y, por último, Finlandia). Por otra parte, todas las comparaciones por pares fueron significativas ($p < 0.001$), aunque los tamaños del efecto fueron moderados o bajos.

Las puntuaciones medias latentes basadas en las características restantes se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12. Medias latentes (DT) para el marco temporal y el tipo de día de la semana en cada país.

	Afecto positivo			Afecto negativo		
	Finlandia	Polonia	España	Finlandia	Polonia	España
Marco temporal						
(Ref. Mañana)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)
Tarde	-0.09 (0.98)	-0.05 (0.99)	0.06 (0.96)	0.16* (1.03)	0.02 (0.95)	0.01 (1.01)
Noche	0.21*** (0.81)	0.11** (0.92)	0.13*** (0.94)	-0.14** (0.67)	-0.06 (0.90)	-0.05 (1.01)
Día de la semana						
(Ref. Entre semana)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)
Fin de semana	0.29*** (0.79)	0.16*** (0.96)	0.03 (1.11)	-0.24*** (0.66)	-0.09* (0.94)	-0.07 (1.00)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, respecto al grupo de referencia en cada caso.

Se encontraron algunas diferencias significativas en el afecto positivo y negativo a lo largo de los distintos momentos del día y en los dos tipos de días de la semana, aunque los tamaños del efecto asociados fueron bajos o moderados. En los tres países, el afecto positivo fue mayor por la noche que por la mañana, con tamaños del efecto de entre 0.11 y 0.23. El afecto negativo también fue significativamente menor por la noche en el caso de la muestra finlandesa. Con respecto al día de la semana, el afecto positivo y el afecto negativo fueron mayor y menor, respectivamente, en el fin de semana; las diferencias más altas en el afecto comparando fines de semana y días durante la semana se encontraron en Finlandia ($d = 0.32$ para el afecto positivo y $d = 0.28$ para el afecto negativo). En Polonia, también se encontraron diferencias significativas, aunque con un tamaño del efecto bajo asociado ($d = 0.16$ para el afecto positivo y $d = 0.09$ para el afecto negativo).

5.3. Análisis de la relación entre bienestar y salud en el marco europeo

En los análisis que se detallan a continuación se utilizó la misma muestra que en el estudio anterior (Estudio 2), por lo que las características sociodemográficas pueden volver a consultarse en la Tabla 6.

5.3.1. Comparación de medias de bienestar evaluativo y salud entre países

Las medias estimadas de bienestar evaluativo y salud, por país, se muestran en la Tabla 13. Las puntuaciones en salud fueron mayores en Finlandia y España que en Polonia. Para el bienestar evaluativo, las puntuaciones medias más bajas se encontraron en Polonia, que también fue el país con menos renta por cápita de los tres. La mayor puntuación para bienestar evaluativo se encontró en Finlandia. A su vez, al examinar las comparaciones por pares de países, todas fueron claramente significativas ($p < 0.001$), con la excepción de la diferencia en estado de salud entre Finlandia y España, que resultó también significativa pero en menor grado que las anteriores ($p = 0.034$).

Tabla 13. Comparación de medias (IC 95%) en bienestar evaluativo y salud.

	Finlandia	Polonia	España	F-P	F-E	P-E
Bienestar evaluativo	7.62 (7.54, 7.71)	6.07 (5.97, 6.17)	6.77 (6.69, 6.84)	<0.001	<0.001	<0.001
Salud	72.48 (71.82, 73.13)	67.74 (67.03, 68.46)	71.43 (70.87, 71.99)	<0.001	0.034	<0.001

NOTA: F-P: significación estadística asociada a la comparación entre Finlandia y Polonia; F-E: significación estadística asociada a la comparación entre Finlandia y España; P-E: significación estadística asociada a la comparación entre Polonia y España. Se ha utilizado en todos los casos la corrección de Bonferroni.

5.3.2. Asociación entre bienestar y estado de salud

El porcentaje de varianza en la puntuación de salud explicado por el modelo de regresión final fue del 38.7% (Tabla 14). Un mayor afecto positivo ($\beta = 0.05$; $p = 0.005$), un menor afecto negativo ($\beta = -0.12$; $p < 0.001$) y un mayor bienestar evaluativo ($\beta = 0.25$; $p < 0.001$) estuvieron relacionados con un mejor estado de salud, incluso después de ajustar el modelo por variables sociodemográficas y potenciales variables confusoras como la presencia de depresión. El bienestar evaluativo presentó una asociación más fuerte con la puntuación del estado de salud que los dos componentes del bienestar experiencial. De hecho, la inclusión de la variable de bienestar evaluativo en el modelo tuvo asociado un aumento significativo en el porcentaje de varianza explicado por el modelo [$\Delta R^2 = 0.047$; $p < 0.001$]. Respecto al resto de covariables incluidas en el modelo, la edad presentó una relación inversa con estado de salud ($\beta = -0.33$; $p < 0.001$). Las personas con depresión presentaron un peor estado de salud ($\beta = -0.17$; $p < 0.001$), mientras que los hombres presentaban mejores puntuaciones ($\beta = 0.09$; $p < 0.001$) que las mujeres al evaluar su salud. Finalmente, los años de educación mostraron una relación positiva con la salud ($\beta = 0.08$; $p < 0.001$).

Tabla 14. Modelo de regresión por bloques, considerando la puntuación de estado de salud como variable dependiente.

Variables	Coef. (95% IC)	<i>p</i>	<i>β</i>
Constante	65.10 (16.49, 20.59)	<0.001	-
Primer bloque	R² = 0.307		
Sexo (ref. Mujer)	2.20 (1.54, 2.85)	<0.001	0.09
Edad	-0.23 (-0.25, -0.21)	<0.001	-0.33
Casado/a o en pareja (ref. no casado ni en pareja)	0.24 (-0.44, 0.93)	0.485	0.01
Años de educación	0.21 (0.13, 0.29)	<0.001	0.08
Depresión (ref. Sin depresión)	-7.75 (-8.73, -6.77)	<0.001	-0.17
Entorno residencial (ref. Rural)	0.34 (-0.43, 1.12)	0.387	0.01
Ingresos familiares (ref. 1 ^{er} -2 ^o quintil)	0.43 (-0.28, 1.13)	0.234	0.02
País (ref. Finlandia)			
Polonia	-2.55 (-3.47, -1.63)	<0.001	-0.10
España	0.46 (-0.33, 1.25)	0.249	0.02
Segundo bloque, ΔR²	R² = 0.340; ΔR² = 0.033, <i>p</i> <0.001		
Afecto positivo	0.03 (-0.13, -0.08)	0.005	0.05
Afecto negativo	-0.10 (0.10, 0.15)	<0.001	-0.12
Tercer bloque, ΔR²	R² = 0.387; ΔR² = 0.047, <i>p</i> <0.001		
Bienestar evaluativo	1.72 (1.51, 1.93)	<0.001	0.25

6. DISCUSIÓN

La presente tesis se desarrolló a través de tres estudios: 1) mapeo de la investigación reciente sobre bienestar en el contexto de la salud mental y los trastornos mentales en Europa; 2) estudio de la invarianza factorial de un instrumento para la medida del bienestar subjetivo en muestras nacionalmente representativas de tres países europeos; y 3) evaluación de la relación entre los distintos componentes del bienestar y la salud en los tres países analizados en el apartado anterior.

6.1. Hallazgos fundamentales

6.1.1. Estudio 1. Bienestar subjetivo como prioridad en la agenda europea

En el periodo temporal estudiado -desde el año 2007 al año 2014- se ha producido un incremento progresivo en el número de publicaciones sobre bienestar en territorio europeo. Una de las posibles explicaciones a este crecimiento es el interés que este área de estudio y otras relacionadas, vinculadas con la salud mental, han despertado en Europa en los últimos años (Evans-Lacko et al., 2014).

Por otra parte, se encontró que este incremento está distribuido diferencialmente. Así, el Sur, seguido por el Norte y del Oeste de Europa reflejaron el crecimiento más rápido. La región europea que produjo menor cantidad de literatura sobre bienestar, y un crecimiento más lento fue el Este de Europa.

El mayor factor de impacto medio a cinco años se obtuvo para las publicaciones francesas, es decir, aquellas que tenían a un autor de correspondencia de una institución francesa. A continuación, países como Holanda, Reino Unido, Alemania, Bélgica y Suiza encabezando la lista de países cuyas publicaciones presentaban índices de impacto más altos. Este índice, el factor de impacto, se basa en la media del número de veces que los artículos de una revista han sido citados en otros artículos (Alberts, 2013) y, en el presente caso, podría estar ligeramente sesgado para el caso de Francia, dado que en este país aparece publicado un artículo en una de las revistas de mayor factor de impacto, aumentando así desproporcionadamente el valor de la desviación típica (8 puntos). Pese a todo, Francia se situó a la cabeza con un factor de impacto medio a 5 años mayor de 3, incluso al eliminar dicha publicación del análisis.

Francia, Holanda y Alemania fueron los países con más artículos en revistas del primer cuartil. Esta clasificación paralela muestra resultados similares teniendo en consideración el hecho de que los factores de impacto son diferentes al hallar los índices para distintas disciplinas.

Por otro lado, los resultados indican una escasa representación de las personas mayores en la investigación actual sobre bienestar en Europa. Aunque según Eurostat (European-Commission, 2013b), las personas de 65 años o más constituyen el 18% de la población europea, las personas mayores fueron la muestra principal del estudio en apenas un 3.8% de los artículos analizados.

Entre los estudios que trataron un trastorno mental específico, los trastornos del estado de ánimo fueron los más frecuentemente analizados. Esto muestra que se están llevando a cabo esfuerzos de investigación sobre los trastornos que causan más años de vida ajustados por discapacidad, que son el trastorno depresivo mayor, seguido de los

trastornos de ansiedad, trastornos de abuso de alcohol y drogas, y la esquizofrenia (Murray et al., 2013).

Los resultados del presente estudio muestran una distribución no uniforme de las publicaciones en Europa. Más de la mitad de los estudios fueron realizados únicamente en tres países: Reino Unido, Holanda y Alemania. Al controlar por el número de publicaciones por habitante, los principales países resultaron ser los países nórdicos, Holanda e Irlanda. El menor número de publicaciones por habitante se encontró en los países de Europa oriental. Al controlar por el PIB, los países más productivos resultaron ser Islandia, Croacia, Finlandia, Holanda y Suecia. Podría hipotetizarse si determinadas sociedades con un grado de cobertura de las necesidades básicas amplio y una distribución de los recursos más igualitaria atribuyen más peso que otras al estudio del bienestar subjetivo. De hecho, estos resultados sugieren que el PIB es un predictor de volumen de publicaciones más potente que el tamaño de la población. Han mostrado esta misma tendencia otras áreas de investigación tales como la salud pública en Europa (Clarke et al., 2007), y la biomedicina, en otras regiones del mundo (Rahman and Fukui, 2003). A pesar de la correlación entre PIB y número de publicaciones, si éste fuera similar en todos los países europeos, seguirían dándose diferencias en la producción científica sobre bienestar en Europa. Así, los países del Sur y del Este de Europa mostraron una escasa producción en investigación sobre bienestar teniendo en cuenta los niveles de recursos de los que disponen.

Algunos análisis geográficos llevados a cabo previamente en otras áreas de investigación han encontrado distribuciones similares. Un análisis de las publicaciones biomédicas en Europa en la década de 1990, mostró cómo al ajustar las publicaciones por el tamaño de la población y por PIB los países nórdicos y Holanda (Hefler et al., 1999), y

el Oeste de Europa (Clarke et al., 2007) eran los países más productivos de la Unión Europea.

También podría especularse si factores culturales concretos de los países que han mostrado una mayor producción científica en el área de la salud en relación a la satisfacción con la vida o las emociones experimentadas, hacen más proclives a estos países a considerar este área como prioritaria dentro de las iniciativas de investigación. De hecho, algunos de los países con mayor producción científica en torno al bienestar subjetivo coinciden con aquellos que destacan en “capital social” –sobre todo los países nórdicos y escandinavos-, es decir, que poseen atributos que los investigadores han encontrado en sociedades con altas tasas de felicidad: presentan alta participación social, y niveles socioeconómicos igualitarios, son étnicamente homogéneas, y sufren niveles bajos de corrupción en política y gestión pública; y como resultado muestran un nivel muy alto de confianza social que repercute en tasas más altas de bienestar subjetivo. Estas características hacen a estas sociedades además, más proclives a afrontar más eficientemente las situaciones de recesión, que en cualquier otro lugar del mundo como se ha visto tras la crisis de 2008 (Helliwell et al., 2015).

Las inversiones en investigación en el área de bienestar y salud mental en los países de Europa Oriental dependen, en gran parte, del apoyo de investigadores y organismos de financiación. Por tanto a éstos concierne el incentivar la productividad científica en esta área pudiendo repercutir en el desarrollo de conocimiento que informe planes y políticas y que éstas, a su vez garanticen esfuerzos en pos de mayores niveles de bienestar y por ende, de salud en la población. Del mismo modo, existen numerosas oportunidades de colaboración multidisciplinar, especialmente en los nuevos estados miembros de la Unión Europea.

6.1.2. Estudio 2. Validación de una medida de bienestar subjetivo

Como parte del proceso de validación de la versión abreviada del DRM para la evaluación del bienestar subjetivo, el objetivo principal de este segundo estudio fue testar la invarianza de medida a través de diferentes dimensiones: el país de la muestra (Finlandia, Polonia, España); el marco de tiempo de aplicación (mañana, tarde, noche); y el día de la semana en que se realizaron las actividades a las que se refieren las puntuaciones en afecto (fin de semana vs. entre semana).

Se encontraron índices adecuados de bondad de ajuste para un modelo de dos factores correlacionados (afecto positivo y afecto negativo) en los tres países estudiados: Finlandia, Polonia y España. Los valores de los coeficientes de fiabilidad omega indicaron que un alto porcentaje de la varianza en las puntuaciones de la escala observada (afecto positivo, afecto negativo y afecto neto) puede atribuirse a los constructos de afecto positivo, afecto negativo (específicos) y afecto neto (general) respectivamente. De esto se deriva que las puntuaciones obtenidas por el DRM muestran una precisión de medida satisfactoria, ya que en todos los casos los valores de omega estaban por encima de 0.80, y por tanto superaron el valor de 0.70 recomendado por Campo-Arias y Oviedo (2008) e incluso fueron más altos al analizar las muestras española y polaca en lo que se refiere al afecto positivo, al afecto negativo y al afecto neto. Estos resultados están en línea con estudios previos realizados en varios países (Ayuso-Mateos et al., 2013; Miret et al., 2012).

Para las dimensiones analizadas (país, marco temporal y día de la semana), la invarianza de medida se testó a través de modelos de análisis confirmatorio multigrupo. De acuerdo con los resultados de la invarianza entre países, se puede decir que en Finlandia, Polonia y España y entre los distintos marcos temporales y días de la semana, se miden los mismos constructos a través de las puntuaciones obtenidas mediante la

aplicación de la versión abreviada del DRM. Por otra parte, los resultados obtenidos proporcionan evidencia de la invarianza métrica entre países, lo que pone de manifiesto la ausencia de diferencias no uniformes en el funcionamiento de los ítems en todos menos uno –*deprimido(a)*– que no permaneció invariante en la muestra finlandesa. Se puede suponer que este efecto es pequeño ya que sólo un ítem fue problemático y en un único país, siendo además su carga en el factor de afecto negativo menor en la muestra finlandesa. Por último, cuatro de las siete puntuaciones de los ítems mostraron un grado de invarianza estricta en el análisis entre países. Esto implica una precisión de medida moderada dado que las diferencias en las varianzas de los ítems que no se explican por los factores comunes podrían implicar diferencias en la exactitud de medición entre los individuos de las tres muestras nacionales. De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de invarianza entre países, las emociones positivas y negativas se midieron con la misma precisión en los ítems *calmado(a)/relajado(a)*, *preocupado(a)*, *deprimido(a)* y *tenso(a)/estresado(a)* en las tres muestras. Los resultados encontrados en este trabajo son consistentes con los expuestos por otros autores (Miret et al., 2014), que consideraron el afecto positivo y negativo como puntuaciones promedio en lugar de puntuaciones latentes.

Más allá de la comparación entre países, las medidas obtenidas del DRM se mantuvieron invariantes en los diferentes marcos temporales y días de la semana. En todas las muestras se encontraron evidencias de invarianza métrica. Polonia y España mostraron un nivel estricto de invarianza. Sin embargo, en la muestra finlandesa, uno de los interceptos –correspondiente al ítem *apresurado(a)*– tuvo que ser liberado en ambos análisis: por marco temporal y por día de la semana. Como se ha indicado antes, este efecto por el que no se alcanza la invarianza fuerte total, se puede suponer pequeño considerando que sólo involucra a un ítem y sólo en una muestra. La invarianza fuerte

alcanzada para el resto de ítems permitió la comparación de medias latentes, y esta equivalencia métrica se mantuvo para los diversos marcos temporales y días de la semana examinados. A nivel estricto, cuatro de los errores residuales de los ítems – *calmado(a)/relajado(a)*, *disfrutando(a)*, *deprimido(a)*, *tenso(a)/estresado(a)*– permanecieron invariantes entre los distintos grupos. Esto implica que los afectos positivo y negativo se midieron con la misma precisión en estos ítems al comparar a individuos de los tres países, así como a los que valoraron sus emociones sobre distintos momentos temporales y a los que evaluaron diferentes días de la semana. Las diferencias en las varianzas de los factores y las diferencias en las unicidades implicarían aquí diferencias de precisión en las medidas a través de esas submuestras comparadas.

Después de comparar las puntuaciones medias latentes, se encontraron diferencias entre países que pueden asumirse como reales en afecto positivo y afecto negativo, mostrando la muestra finlandesa el mayor afecto positivo y el menor afecto negativo. Estos resultados son similares a los encontrados en estudios previos con la misma muestra, pero considerando afecto positivo y afecto negativo como una puntuación promedio y no como una puntuación latente (Miret et al., 2014). En el presente estudio, el PIB por habitante más alto en Finlandia -seguido por el de España y Polonia (World-Bank, 2012)- podría ser un factor importante en la explicación del mayor afecto positivo y el menor afecto negativo encontrados para la muestra finlandesa. En esta misma línea, otros estudios han encontrado niveles más altos de satisfacción con la vida en países con mayor PIB per cápita (Deaton, 2008; Diener et al., 2010). Además, el coeficiente de Gini (35.9 en España, 32.1 en Polonia y 27.1 en Finlandia, en el momento de la realización de las entrevistas del estudio) (World-Bank, 2012), que explica las desigualdades en las sociedades, ha mostrado correlación con factores que podrían

conducir a una menor satisfacción y menor bienestar subjetivo (Wilkinson and Pickett, 2007; Wilkinson and Pickett, 2009).

Del mismo modo, los análisis sobre el marco temporal y los días de la semana evaluados por el entrevistado también produjeron algunas diferencias significativas en el afecto positivo y negativo, aunque con tamaños del efecto asociados entre pequeños y moderados. El resultado de un mayor afecto positivo y un menor afecto negativo durante la noche es similar a otros hallazgos anteriores (Ayuso-Mateos et al., 2013). Por otro lado, en la presente investigación, el afecto positivo se relacionó con los fines de semana, mientras que los días “entre semana” se asociaron con mayores puntuaciones de afecto negativo, como también se ha mostrado en estudios anteriores (Ryan et al., 2010).

Como puntualización, en este trabajo se ha seguido el criterio estricto de cambio en el valor del índice de ajuste comparativo. De haber permitido que fuera algo menos conservador, como recomiendan (Meade et al., 2008), podría haberse aceptado la invarianza fuerte total entre los tres países comparados y la invarianza estricta parcial con modificaciones en una sola varianza error (ítem *apresurado(a)*) en lugar de en tres, para este mismo análisis.

6.1.3. Estudio 3. Evaluación de la asociación entre felicidad y estado de salud

Este estudio analizó la asociación de los diferentes componentes del bienestar subjetivo con el estado de salud en las tres muestras analizadas en el estudio anterior. Los resultados mostraron que las mujeres con ingresos más bajos y menos años de educación que presentan síntomas depresivos conforman un grupo de riesgo en lo que al estado de

salud se refiere. Mientras, el estado civil, el nivel socioeconómico y el entorno residencial no mostraron relación significativa con la salud en las muestras estudiadas.

Tras controlar por estas covariables, el bienestar subjetivo se asoció con el estado de salud. Al analizar las contribuciones de cada componente por separado, el bienestar evaluativo mostró una asociación más fuerte con la salud que las emociones positivas y negativas cotidianas experimentadas por las personas, cuya inclusión en el modelo también implicó un aumento significativo en el porcentaje de varianza explicada por el segundo modelo –que incluía las medidas de afecto positivo y afecto negativo. El nivel de información que aportó la variable incluida en el tercer bloque -la medida de bienestar evaluativo- permite concluir la relevancia de la contribución del bienestar subjetivo de tipo evaluativo a la explicación del estado auto-reportado de salud. Además, los resultados del presente estudio mostraron que la asociación del afecto negativo con la salud fue más fuerte que la del afecto positivo. Estudios anteriores han mostrado cómo el afecto negativo fue un mejor predictor del nivel de salud que el afecto positivo (Dua, 1994). Una posible explicación podría tener que ver con el hecho de que las medidas auto-reportadas aquí utilizadas pueden comportar sesgos en la percepción acerca de la propia salud como consecuencia de las ilusiones de invulnerabilidad que tienden a mostrar las personas cuando se encuentran en un estado de ánimo positivo. Entre ellas, un ejemplo es la tendencia a minimizar el impacto percibido de enfermedades consideradas dependientes del estilo de vida y de las conductas saludables (Robinson and Clore, 2002). Esta explicación encajaría, además, dentro del contexto de los procesos “de arriba a abajo” explicados en la introducción de este trabajo, y aquí cabría plantearse los mecanismos a través de los cuales los distintos componentes del bienestar subjetivo se relacionan con la salud o con distintas áreas de la misma.

En cualquier caso, es significativo comprobar cómo estos sesgos cognitivos que intervienen en el proceso de evaluación que las personas sanas hacen de la satisfacción con su vida, como pueden ser las expectativas optimistas sobre el futuro, suelen ir acompañados de menores tasas de depresión y estrés postoperatorio (Carver and Gaines, 1987; Fitzgerald et al., 1993), y menor frecuencia de conductas que ponen en riesgo la salud (Sheppard et al., 1996), mostrando que son estos sesgos los que en cierta medida sirven como elementos protectores de la salud y pueden ayudar a explicar la asociación entre ésta y el bienestar evaluativo.

La asociación entre el bienestar evaluativo y la salud fue significativa en los tres países analizados. Otros factores como el producto interior bruto, la situación económica, el sistema de seguridad social, la provisión de servicios de salud, los comportamientos y estilos de vida característicos de las poblaciones estudiadas, podrían estar en la base de las diferencias encontradas entre los países.

El país que mostró el nivel más elevado de bienestar evaluativo fue Finlandia, mientras que Polonia mostró las puntuaciones más bajas en este constructo. Todas las diferencias entre pares resultaron significativas para el bienestar evaluativo. En lo que respecta al estado de salud, Finlandia y España obtuvieron las puntuaciones medias más altas, y Polonia las más bajas, de modo similar a un estudio previo (Miret et al., 2014).

Estos hallazgos parecen apuntar a la necesidad de un cambio de enfoque, hacia el que también señalan los datos examinados en el primer estudio descrito anteriormente. Las medidas subjetivas -evaluativas y experienciales- de bienestar, en tanto que contribuyen ampliamente a explicar variables relevantes como el estado de salud, deberían tener un peso importante dentro del proceso de construcción de estadísticas sociales de bienestar y progreso social. Además de la asociación que han mostrado con indicadores de salud en este y otros trabajos, estas medidas empiezan a reivindicarse desde las

instancias públicas responsables (United-Nations, 2015), pero también desde una demanda social que reclama estadísticas más cercanas a su propia percepción de progreso. Las personas a menudo encuentran distantes y poco ajustadas a su experiencia, las cifras derivadas de indicadores objetivos, como el índice de desempleo, el PIB o el nivel de inflación económica (Stiglitz et al., 2010).

Así, parece lógico trabajar en la elaboración de indicadores que reflejen más certeramente las percepciones subjetivas que las personas tienen del estado de desarrollo dentro de sus sociedades. A la luz de los resultados del estudio sobre la asociación entre bienestar subjetivo y salud puede concluirse que las políticas públicas pueden tener implicaciones sobre la evaluación que los individuos hacen de su estado de salud y también sobre índices de mortalidad, dado que los estados hedónicos positivos, el bienestar evaluativo y la coherencia con las metas vitales, la autorealización y el crecimiento personal, están relacionadas con una mayor supervivencia (Martin-Maria et al., 2016). De esto se deriva la necesidad de situar la información sobre el bienestar subjetivo evaluado por las personas en un plano protagonista tanto en la investigación como en la gestión política, a la hora de diseñar y activar medidas para la prevención y tratamiento de los problemas de salud. En definitiva, en base a lo expuesto, este tipo de indicadores, más horizontales y cercanos a la percepción y la experiencia de las personas, debe ser el pilar sobre el cual se construyan las políticas económicas, sanitarias y sociales (Diener and Seligman, 2004).

6.2. Fortalezas

La metodología del mapeo sistemático permitió una visión general de la evidencia disponible, una mejor comprensión de lo que se conoce sobre el bienestar en el área de salud mental y los trastornos mentales a lo largo de la vida, y la identificación de la disparidad geográfica de la investigación en Europa. Estos resultados tienen implicaciones importantes para el proceso de incorporación de indicadores subjetivos de progreso que está desarrollándose a nivel internacional y pone sobre la mesa la distinta importancia que unas y otras sociedades atribuyen al estudio del bienestar subjetivo.

El crecimiento progresivo de referencias indexadas en revistas de impacto europeas ofrece una imagen sintética de las sinergias y las ausencias en la producción y distribución de los intereses científicos que están guiando y poniendo en común diversos esfuerzos a los que este trabajo pretende sumarse. Lo que aquí se ha expuesto puede verse como una pequeña contribución a la creación de un plan coordinado para la promoción y la integración de la investigación sobre bienestar y salud mental en Europa.

Otro de los puntos fuertes del presente estudio es que utiliza datos del proyecto COURAGE in Europe, que comprende grandes muestras nacionalmente representativas de tres países europeos (Finlandia, Polonia y España) ofreciendo una amplia representación en diferentes regiones europeas. Por otra parte, el método empleado para el análisis de la invarianza factorial de la versión abreviada del DRM mediante imposición secuencial de restricciones en el modelo mejora el cálculo tradicional del coeficiente de congruencia factorial (Mulaik, 1972), que resulta inadecuado porque no tiene en cuenta todos los parámetros que definen la invarianza y porque, si se rechaza, no proporciona información sobre el origen de esta falta de invarianza (Elosua, 2002).

Entre las utilidades de las puntuaciones derivadas del DRM está el servir como indicador del progreso de las sociedades, como herramienta comparativa del bienestar subjetivo en relación con variables como la salud, el envejecimiento, la riqueza material, las redes de apoyo, el uso y la administración de servicios pudiendo ofrecer indicaciones para el desarrollo de planes y programas públicos que mejoren el bienestar de las personas. Dado que las puntuaciones de la versión abreviada del DRM han mostrado buenas propiedades psicométricas en estudios realizados en diferentes países con distintos niveles de ingresos económicos (Ayuso-Mateos et al., 2013; Miret et al., 2012), y su uso permite superar numerosas limitaciones en la medición del bienestar subjetivo, el hecho de poder emplearlo en la comparación de muestras europeas (con la seguridad de estar haciéndolo sobre una base psicométrica justificada) le confiere un valor adicional.

Finalmente, el estudio de la asociación entre el bienestar subjetivo y la salud se ha desarrollado mediante el uso de una metodología homogénea y unos mismos instrumentos de evaluación en muestras representativas grandes de tres países con características socioemográficas y económicas diferentes. Esto permite superar un vacío en la literatura analizando la asociación de los componentes experiencial y evaluativo del bienestar con la salud, y realizando comparaciones estadísticamente justificadas entre países y condiciones.

Los análisis efectuados por separado para cada componente del bienestar son acertados ya que visibilizan y toman en consideración los distintos –aunque correlacionados- componentes evaluativo y experiencial del bienestar. Esta multidimensionalidad del constructo aquí evaluado ha sido puesta de manifiesto por estudios clásicos (Cantril, 1965) y también recientes, en los que se evidenciaba que el modelo estadístico que comprendía el afecto positivo, el afecto negativo y el bienestar evaluativo como un único constructo no ajustaba adecuadamente (Miret et al., 2014). En

el presente trabajo, se ha estudiado cada componente por separado y su asociación particular con el estado de salud. Estudios cuantitativos como el tercer estudio presentado en esta tesis pueden ser potencialmente útiles de cara a investigar las relaciones bidireccionales que se dan entre el estado de salud y el bienestar (Bergner, 1987) o, apoyar el diseño de nuevas investigaciones cuya metodología permita valorar el impacto que tiene el estrés sobre la salud (Schönfeld, 2015). En este sentido, esta tesis contribuye a trazar lazos entre disciplinas ya que si en el ámbito de las ciencias médicas interesa apostar por analizar predictores de salud potencialmente modificables como la felicidad, también las ciencias sociales, y concretamente las disciplinas económica, sociológica y política pueden beneficiarse de la identificación y estudio de las variables que predicen el bienestar subjetivo (Juster, 1985).

6.3. Limitaciones

La evidencia aquí recogida proviene de países con alto nivel de ingresos y no se analizaron datos de países de ingresos bajos. Así, la franja poblacional con un estatus socioeconómico menor no fue representada en este trabajo. Dado que más del 85% de la población mundial vive en países de ingresos bajos y medios (Bruckner et al., 2011) esto debe ser tenido en cuenta a la hora de generalizar estos resultados.

En el mapeo sobre el estado actual de la investigación sobre bienestar en Europa solamente se incluyeron en la revisión aquellos artículos publicados en lengua inglesa, lo cual podría haber excluido ciertas publicaciones en otros idiomas. Sin embargo, investigaciones bibliométricas previas en otras áreas han encontrado que las publicaciones a tener en cuenta en idiomas diferentes del inglés sólo suponen un 3.5% del total (Clarke

et al., 2007). Por otra parte, los resultados reflejan sólo el país de afiliación del autor de correspondencia, y no el del resto de los autores; si se hubiesen tenido en cuenta a todos los autores, la cantidad de publicaciones de cada país habría sido mayor. Si la literatura gris se hubiese incluido, podría haber generado diferentes patrones de producción científica. Sin embargo, se decidió no hacerlo ya que el objetivo del estudio fue identificar las publicaciones científicas y su inclusión no garantiza la reducción del sesgo de publicación (Martin et al., 2005).

Por otra parte, el marco temporal analizado termina a mediados de 2014, dejando fuera de la exploración los artículos publicados hasta la fecha de lectura de la presente tesis. Dicha limitación responde a una cuestión práctica y organizativa a la hora de plantear la presente investigación. Los resultados del mapeo de la literatura señalaron ciertas líneas de trabajo que marcaron los pasos analíticos posteriores a la revisión bibliográfica, y sin embargo, esta limitación podría haber pasado por alto referencias que indicaran un cambio de tendencia en los últimos tres años.

En otro orden de cosas, por cuestiones de accesibilidad y en pos del objetivo de estudiar el bienestar subjetivo en relación a la salud mental y los trastornos mentales, las bases de datos consultadas fueron aquellas que abordan áreas muy concretas de conocimiento –medicina y psicología. Sin embargo otras disciplinas cercanas al estudio de indicadores subjetivos de progreso, felicidad o bienestar –como la economía, sociología, antropología- no han sido rastreadas.

Una tradición científica y filosofía compartidas geográficamente han podido conferir cierta homogeneidad al paradigma bajo el cual se proyecta y financia la investigación en Europa reflejándose este hecho en una menor riqueza en cuanto a la diversidad en las conclusiones acerca de la producción científica y su distribución a lo largo y ancho del continente.

Respecto a los resultados del estudio de validación de la versión abreviada del DRM, su interpretación también requiere de algunas advertencias. En el estudio COURAGE en Europa, en el que se inscribe esta investigación, sólo se consideraron dos indicadores para definir el factor de afecto positivo, lo cual contradice las recomendaciones sobre el número mínimo de indicadores para la representación de un factor. Sin embargo, esto se relaciona con una decisión alcanzada por el comité de expertos responsables del desarrollo del instrumento en el estudio piloto del proyecto SAGE (Kowal et al., 2012). En dicha investigación, los adjetivos *calmado(a)/relajado(a)* y *disfrutando* fueron considerados los únicos capaces de representar el constructo de afecto positivo sin agregar información redundante.

Cabe destacar que sistemáticamente se han encontrado peores valores tanto en la fiabilidad de las puntuaciones como en los índices de ajuste en todos los análisis para la muestra de Finlandia. Debido a las circunstancias específicas del trabajo de campo en los tres países, la metodología de muestreo tuvo que ser adaptada estratégicamente en cada uno de ellos. Sin embargo, se empleó un método de muestreo probabilístico en todos los casos y las tres muestras fueron representativas a nivel nacional.

Además, no se ha estudiado la influencia del entorno residencial y el nivel de educación así como los síntomas de depresión en las puntuaciones de afecto, lo que podría haber sido una fuente de variabilidad entre los grupos, ya que hay una alta heterogeneidad de los encuestados con respecto a estas variables. Analizar esta información podría dar pistas sobre algunas de las diferencias encontradas en el afecto positivo y negativo entre países.

Aunque se encontraron evidencias de ajuste adecuado del modelo para las tres muestras, la proporción total de varianza explicada por el modelo en cada caso no fue excesivamente alta, especialmente en Finlandia. El resto de la varianza podría explicarse

en parte por variables desconocidas o por la variabilidad inherente. Sin embargo, otros modelos alternativos con una estructura factorial diferente podrían aumentar el porcentaje de varianza explicada.

Al interpretar los resultados del afecto a través de los países conviene tener en cuenta que las ideas acerca del bienestar difieren sustancialmente entre las sociedades (Napier et al., 2014). Los valores y normas culturales son frecuentemente implícitos y el uso de ítems estandarizados, así como de preguntas cerradas, puede imponer significados diferentes en algunos contextos culturales (Wartkins, 2010). Cuando se evalúa el bienestar subjetivo y una vez controlado el nivel de ingresos y otras circunstancias vitales, una cierta cantidad de varianza residual entre las regiones estudiadas sigue sin ser explicada y un posible factor explicativo es la cultura (Napier et al., 2014). Sin embargo, aunque no se realizó ningún informe de este tipo para los ítems utilizados en el presente estudio, sí se aplicó un robusto protocolo de traducción estandarizado (WHO, 2013) para prevenir cualquier sesgo potencial en su interpretación.

Otro punto a reseñar es que la elección de los ítems utilizados para obtener la medida de la evaluación emocional del participante durante la realización de las actividades descritas no siguió ningún proceso formal de selección de una lista de adjetivos; sin embargo, Kahneman y Krueger (2006) indican que esta lista debería variar dependiendo del propósito del estudio. Es más, de acuerdo con la teoría de Russell (2003) sobre el afecto central, describir estos elementos emocionales a lo largo de dos dimensiones (desde el placer hasta el displacer y de una alta a una baja activación) proporciona un marco útil para considerar los descriptores para incluir en un estudio de bienestar subjetivo. En esta línea, originalmente, los autores del DRM trataron de seleccionar las emociones que representaban este espectro, y aunque las escalas de respuesta se pueden entender de manera desigual, las puntuaciones obtenidas mediante la

aplicación de la escala DRM podrían ser utilizadas para generar medidas más complejas y robustas como la cantidad de tiempo que el sujeto pasa en un estado de ánimo negativo o “índice U” (Kahneman and Krueger, 2006), que puede usarse para comparar el afecto entre culturas.

Asimismo, podría plantearse si es necesario tratar los ítems que presentaron un rendimiento diferencial entre muestras. En el presente estudio no se consideró la posibilidad de su eliminación, ya que no tiene sentido desarrollar una versión diferente del cuestionario para cada subpoblación estudiada en el contexto del análisis de invarianza considerado (Cheung and Rensvold, 2002). Este procedimiento también podría implicar una excesiva uniformidad del grupo de ítems, disminuyendo así su validez y precisión predictiva (Drasgow et al., 1987).

Los resultados del estudio de la asociación entre bienestar evaluativo y salud también necesitan ser interpretados teniendo en cuenta algunas cuestiones. En primer lugar, el componente eudaimónico – el propósito vital, el sentido de coherencia o la percepción de auto-realización- del bienestar, para el que se ha encontrado vinculación con variables como la mortalidad en estudios previos (Reise et al., 1993), no se ha evaluado en la presente investigación.

Además, el instrumento utilizado para evaluar el bienestar evaluativo incluyó preguntas sobre la satisfacción con la salud, que podrían estar altamente correlacionadas con el estado de salud. Sin embargo, cuando en estas mismas muestras se preguntó a nivel genérico sobre la felicidad como una medida de bienestar evaluativo (concretamente: *“Tomando todo en conjunto, ¿cómo de satisfecho está con su vida en general estos días?, ¿muy satisfecho / satisfecho / ni satisfecho ni insatisfecho / insatisfecho / muy insatisfecho?”* (Bjørnskov, 2010), las puntuaciones de bienestar evaluativo se asociaron aún con más fuerza con la salud que las

resultantes de evaluar el bienestar experimentado a través de la versión abreviada del DRM.

En cuanto a la mencionada escala de Auto-Anclaje de Cantril, se ha argumentado que plantea una pregunta demasiado larga y que emplea una imagen conceptual (la escalera) que conlleva dar algunas explicaciones al entrevistado (Hicks et al., 2013) y que por tanto, puede verse afectada por el estado afectivo, la personalidad y las normas culturales. Si bien muchos de estos sesgos se verán compensados en muestras amplias como las que se emplean en este estudio, los juicios que interpela esta escala y que son relativos a la cultura en los que se producen, podrían tener efectos sobre las respuestas en las comparaciones entre culturas (OECD, 2013b). En este caso, dada la cercanía geográfica y contextual de los países implicados, se especula que estos sesgos, si se dan, serán muy leves.

Por otra parte, algunos de estos resultados podrían no ser generalizables a la población de otro tipo de sociedades, ya que se llevaron a cabo en sólo tres países europeos. Así, las muestras utilizadas provenían de países con ingresos económicos, niveles de recursos médicos y etapas de evolución demográfica y socioeconómica bastante similares. Sin embargo, estudios previos han encontrado una asociación entre la salud y el bienestar también en países de ingresos bajos y medios (Cramm et al., 2012; Temane and Wissing, 2006) y, por lo tanto, puede esperarse que estos resultados sean similares a los de esos otros escenarios.

Otra cuestión a tener en cuenta acerca del presente estudio es que, como en toda investigación transversal, en este caso no es posible establecer causalidad, lo cual impide hablar del impacto que los diferentes tipos de bienestar subjetivo pueden tener sobre la salud y valorar los distintos factores de riesgo; aquí concretamente, los indicadores subjetivos de bienestar, que podrían ser potenciales barreras para la salud.

De modo genérico, conviene señalar que en la presente investigación los resultados proceden de un solo momento temporal y se han utilizado métodos de recogida de información tradicional basados en los cuestionarios auto-reportados y de muestreo de la experiencia cotidiana –DRM- sin hacer uso de otra metodología innovadora como biomarcadores, reconocimiento facial, y medidas cognitivas. El cálculo de índices de convergencia entre todos estos indicadores podrían apoyar la fiabilidad de los mismos. Esta limitación viene asociada a la base de datos utilizada, que no disponía de datos así recabados.

6.4. Futuros pasos

Algunas ideas pueden derivarse de los resultados obtenidos para dar pasos sucesivos hacia una mejor comprensión de los conceptos tratados en esta tesis.

La revisión de otras fuentes, no consultadas aquí, de áreas de conocimiento afines al estudio del bienestar subjetivo como indicador de progreso, podría ilustrar de forma más global la tendencia presente en la literatura científica, y en los informes de comisiones y agencias políticas, en este cambio de paradigma que parece estar ganando terreno a las tradicionales estadísticas de corte socio-económico.

De igual manera convendría ampliar los términos de búsqueda y el área geográfica explorada para tener una idea más global del interés y el grado de compromiso que existe, a nivel internacional, con la búsqueda de indicadores subjetivos de bienestar.

Estudios futuros podrían examinar qué ideas subyacen a la importancia diferencial que unas y otras sociedades atribuyen al estudio de los indicadores subjetivos

de progreso en relación a la salud que expliquen la desigual distribución de la producción científica entre países, una vez se haya controlado por el tamaño de la población y el PIB.

De cara a la medida del bienestar subjetivo es necesario indagar en la propuesta de diseños más innovadores que superen las encuestas transversales a favor de estudios longitudinales, y que permitan llevar a cabo inferencias causales mediante los modelos apropiados, métodos más holísticos como el ESM y acercamientos experimentales al problema. A pesar de las importantes fortalezas que tiene la metodología cuantitativa empleada, sus aportaciones a la comprensión del constructo de bienestar subjetivo podrían ser reforzadas en trabajos posteriores mediante la incorporación de viñetas de anclaje u otras metodologías cualitativas, utilizando la versión abreviada del DRM para comparar el bienestar subjetivo entre culturas (Napier et al., 2014).

En vista del rendimiento diferencial que presentaron algunos de los ítems, y de que las diferencias encontradas podrían estar indicando que existe un funcionamiento diferencial de los mismos según se apliquen en unos u otros países o condiciones, sería útil realizar un informe acerca de si dichos ítems transmiten significados que verdaderamente son aceptables y relevantes en las distintos contextos a los que pertenecen las poblaciones estudiadas y en los diferentes escenarios en que se toman las medidas que recogen. Por ejemplo, en el caso del ítem *apresurado(a)*, que para los datos actuales resultó ser el ítem que más frecuentemente mostró funcionamiento diferencial, una sugerencia sería pedir opinión a los expertos y atender a sus juicios y recomendaciones sobre la decisión acerca de si mantenerlo o revisarlo, complementando así los resultados del análisis estadístico con un análisis más práctico o sustantivo (Ziacky, 1993).

Adicionalmente, convendría considerar las consecuencias que puedan tener para los encuestados los sesgos encontrados como parte de la validez del test. Éstas no serán

tan graves en los casos en que el DRM vaya a utilizarse con fines descriptivos mientras que la ausencia de invarianza cobrará mayor relevancia en aquellos contextos en que el resultado de la aplicación del mismo repercute directamente en la población, como puede ocurrir en los estudios destinados al diagnóstico y evaluación de las necesidades de una sociedad para la provisión de servicios, ayudas o la implementación de programas para la mejora del bienestar subjetivo de las personas.

Más aún, profundizando en este tema, dado que los interceptos factoriales pueden corresponderse con los parámetros de dificultad del ítem y los coeficientes de regresión con los parámetros de discriminación, diversos autores, (Edwards, 2000; Elosua, 2002; Lord, 1968; McDonald, 1999) plantean la posibilidad de llevar a cabo, para estos casos, un estudio similar en el contexto de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).

Estudios sucesivos podrían centrarse en las influencias que las variables sociodemográficas tienen sobre las puntuaciones del DRM, especialmente en el caso del nivel educativo, la presencia de síntomas depresivos o el entorno residencial, para las cuales se encontraron diferencias significativas moderadas en esta tesis. Asimismo, otras variables de personalidad, cognitivas, y relacionadas con la cultura o los estados afectivos, podrían ser estudiadas en relación a las ideas que los individuos plantean en respuesta a la Escala de Auto-Anclaje de Cantril, con el fin de generar un modelo más holístico que dé cuenta de la variabilidad asociada a las medidas de los distintos componentes del bienestar subjetivo, la salud y las relaciones entre ambas. Asimismo, otros trabajos deberían complementar lo observado aquí con estudios que evalúen el componente eudaimónico del bienestar.

Nuevas investigaciones podrían explorar si la alta asociación que el estado de salud muestra con el bienestar se explica por las limitaciones que los individuos con un

pobre estado de salud presentan en el desempeño de las actividades cotidianas y su funcionamiento biopsicosocial.

Por último, si el PIB per cápita, los años de esperanza de vida saludables, el apoyo social, la confianza, la libertad y la generosidad son las variables que condicionan en mayor medida el nivel de felicidad percibido por las personas (Helliwell et al., 2015), y ésta se asocia, como hemos visto, con un mejor estado de salud, sería interesante evaluar aquellos programas de intervención y políticas que hicieran énfasis en la mejora de las condiciones mencionadas en este mismo párrafo que sean susceptibles de ser incentivadas en la población.

6.5. Consideraciones adicionales

Dicho esto, es importante advertir que ninguno de estos hallazgos justifica la negligencia a la hora de garantizar la cobertura de necesidades básicas y la distribución de la riqueza de una manera justa y no discriminatoria entre la población. Los indicadores objetivos de bienestar pueden no ser suficientes a la hora de explicar los niveles diferenciales de felicidad de unas y otras comunidades y sin embargo, el desigual reparto de recursos que se da actualmente no puede pasarse por alto, por más que la literatura evidencie la importante contribución que las emociones, el temperamento y la cognición representan en la determinación del nivel de felicidad. El acceso igualitario a un modo de subsistencia, agua, techo, abrigo, dignidad y seguridad son derechos básicos universales que han de ser garantizados independientemente de las implicaciones que puedan tener las conclusiones sobre la relevancia y repercusión del bienestar subjetivo en el progreso social.

Por otro lado, del hecho de que la felicidad se asocie con mejores niveles de salud y otras variables relevantes, parece derivarse lógicamente la necesidad de estimular e incentivar el bienestar subjetivo en la población a toda costa. No obstante, cabe preguntarse si en los últimos tiempos, este nuevo énfasis científico, político y mediático no está resultando en cierta forma de “imposición” de la felicidad, generando consecuentemente una eterna sensación de insatisfacción y de frustración en aquellas personas que, por su momento vital concreto, sus condiciones de vida, sus estilos de afrontamiento o su temperamento, atraviesan una etapa de crisis, duelo, experimentan emociones negativas, o sencillamente, se posicionan de un modo distinto ante los problemas, sin que esto signifique que viven una vida insatisfactoria o de menor calidad. Esta realidad debería ser tomada en cuenta por quienes tienen una posición privilegiada en la construcción y transmisión de discurso y metas a la sociedad: psicólogos, educadores, maestros, informadores, políticos y demás agentes responsables.

6.6. Conclusiones

- El bienestar es actualmente una prioridad en la agenda mundial sobre salud pública.
- En Europa, la producción científica que relaciona bienestar y salud se ha incrementado progresivamente en los últimos años, siendo los países del Norte y el Oeste los que más publicaciones generan.
- Las evidencias de equivalencia métrica entre las puntuaciones derivadas de la versión abreviada del DRM permiten afirmar que estas puntuaciones se mantienen invariantes a lo largo de diferentes dimensiones: país, marco temporal, y día de la semana.
- Los países con economías más fuertes y sociedades con menos desigualdades muestran niveles más altos de bienestar subjetivo.
- Las personas experimentan un mayor afecto positivo y un menor afecto negativo durante la noche y los fines de semana.
- Los individuos con mayores niveles de bienestar experiencial y evaluativo valoran más positivamente su salud, independientemente de su edad, sexo, número de años estudiados, entorno residencial, estado civil y presencia o ausencia de síntomas depresivos.
- Son necesarias sinergias que conecten el sector de la salud y el de la cultura, la acción social y comunitaria, la infraestructura y el urbanismo, dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de la población.

7. ANEXOS

7.1. Estrategias de búsqueda

- Estrategia de búsqueda para la base de datos de PUBMED:

(Search terms for "Mental health") [title / abstract of the document] AND (Search terms for well-being) [title / abstract of the document] AND ((Geographic limitation) [title / abstract of the document] OR (Geographic limitation) [affiliation])

En el recuadro inferior se detalla la sintaxis utilizada en la búsqueda realizada en la base de datos de PUBMED (las palabras resaltadas en negrita son explicaciones de la sintaxis pero no son parte de la misma).

1. Salud mental --- Limite empleado en el título/abstract:

("drug abuse" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug addiction" OR "drug addicted" OR "drug dependent*" OR "drug dependence*" OR "drug withdrawal" OR "drug abuse") OR ("addictive disease*" OR "addictive disorder*") OR ("alcoholic patient*" OR "alcoholic subject*" OR alcoholism OR "alcohol dependent*" OR "alcohol dependence*" OR "fetal alcohol*" OR "prenatal alcohol*" OR "chronic ethanol*" OR "chronic* alcohol*" OR "alcohol withdrawal" OR "ethanol withdrawal") OR ("caffeine dependent*" OR "caffeine dependence" OR "caffeine addiction" OR (caffeine AND addict*) OR "caffeine withdrawal") OR (((cocaine OR heroin OR cannabis OR mdma

OR ecstasy OR morphine*) AND (abuse OR depend* OR dependent* OR dependence* OR addict* OR addicts OR addicted OR addiction* OR withdrawal)) OR methadone) OR (addiction OR addictive OR "substance abuse" OR "withdrawal syndrome" OR psychoactive*) OR ((schizophrenia OR schizophrenic) OR Schizotyp* OR ((Delusional OR paranoid) AND disorder*) OR hallucination* OR Psychotic OR Schizoaffective OR psychosis) OR (((manic OR bipolar OR mood) AND disorder*) OR (depressive AND (disorder* OR episode*)) OR "depressive symptom*" OR hypomania OR mania* OR ((major OR psychotic OR disorder*) AND depression) OR "suicide attempt*" OR suicidal* OR cyclothymia OR Dysthymia) OR (((anxiety OR panic OR "Obsessive-compulsive" OR adjustment OR conversion OR dissociative OR Somatoform OR Somatization OR neurotic) AND disorder*) OR ("hypochondriasis*" OR "body dysmorphic disorder*" OR "pain disorder*") OR agoraphobia OR "social phobia*" OR "Post-traumatic stress" OR "stress disorder*") OR ("Eating disorder*" OR "Anorexia nervosa" OR "Bulimia nervosa" OR "sleep disturbance" OR (sexual AND (disorder* OR dysfunction)) OR ((postnatal OR postpartum) AND depression) OR ((antidepressant* OR laxative* OR analgesic* OR psychotropic* OR vitamin* OR steroids OR hormone*) AND abuse)) OR (((insomnia OR sleepiness OR "sleep disturbance") NOT (apnea OR "side effect*" OR parkinson* OR alzheimer OR neurodegenerat* OR cancer OR obesity OR obese*)) OR (hypersomnia NOT narcolepsy) OR ((sleep OR night) AND terror*) OR nightmare*) OR ((disorder* AND (personality OR identity OR impulse* OR impulsive* OR impulsivity)) OR asocial OR antisocial OR psychopathic OR anxious OR narcissi* OR "Pathological gambling" OR pyromania* OR Trichotillomania OR Psychosexual OR ("Munchhausen syndrome")) OR ("Pervasive developmental disorder*" OR autism OR autist* OR "Rett* syndrome" OR "Asperger* syndrome") OR (((Hyperkinetic OR Conduct OR Emotional OR tic) AND disorder*) OR (anxiety AND (separation OR phobic OR

social)) OR (hyperactivity AND (disorder* OR syndrome)) OR "Tourette syndrome" OR "Tourette's syndrome") OR ((Mental AND (disorder* OR illness OR health)) OR "psychological distress" OR "psychiatric disorder ") OR (Nervousness OR "nervous tension" OR Irritability) OR anorexia OR (neurosis OR neuroses OR psychoses) OR (("mental confusion*") OR ("mental disability*") OR ("mental capacity*") OR ((psychiatric OR mental) AND (comorbidity OR comorbid)) OR psychiatry OR psychology))

AND

2. Bienestar ---- Límite empleado en el título/abstract

((("well-being" OR "wellbeing") OR ("happiness" OR "happy") OR ("SALY") OR ("flourish*") OR ("positive affect" OR "negative affect") OR ("satisfaction with life" OR "life satisfaction")))

AND

3. Límite geográfico ---- Límite empleado en el título/abstract

((("European Union" OR Europe* OR "EU-27" OR "European country" OR "European countries") OR (Austria OR Belgium OR Bulgaria OR Cyprus OR "Czech Republic" OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Ireland OR Italy OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Malta OR Netherlands OR Holland OR Poland OR Portugal OR Romania OR Slovak* OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR "United Kingdom" OR England OR Wales OR

Scotland OR "Great Britain") OR (Croatia OR "Former Yugoslav Republic of Macedonia"
OR Macedonia OR Iceland OR Montenegro OR Turkey) OR Albania OR Andorra OR
Armenia OR Azerbaijan OR Belarus OR "Bosnia and Herzegovina" OR Bosnia OR
Georgia OR Liechtenstein OR Moldova OR Monaco OR Norway OR Russia OR "San
Marino" OR Serbia OR Switzerland OR Ukraine OR (Vatican AND (City OR State)) OR
(European* OR Austrian* OR Belgian* OR Bulgarian* OR Cypriot* OR Czech* OR
Danish* OR Estonian* OR Finish* OR French* OR German* OR Greek* OR
Hungarian* OR Irish* OR Italian* OR Latvian* OR Lithuanian* OR Luxembourg* OR
Maltese* OR Dutch* OR Hollander* OR Netherlander* OR Polish* OR Portuguese* OR
Romanian* OR Slovak* OR Slovenian* OR Spanish* OR Swedish* OR English* OR
Scottish* OR Britannic* OR British* OR Welsh* OR Croatian* OR Macedonian* OR
Icelandic* OR Turkish* OR Albanese* OR Andorran* OR Armenian* OR Azerbaijani*
OR Belarusian* OR Bosnian* OR Georgian* OR Liechtenstein OR Moldavian* OR
Monaco OR Nordic* OR Russian* OR Serbian* OR Swiss* OR Ukrainian* OR Vatican*)

OR

4. Límite geográfico ---- Límite empleado en la afiliación del autor de
correspondencia

("European Union" OR Europe* OR "European Commission") OR (Austria OR
Belgium OR Bulgaria OR Cyprus OR "Czech Republic" OR Denmark OR Estonia OR
Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Ireland OR Italy OR
Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Malta OR Netherlands OR Holland OR Poland
OR Portugal OR Romania OR Slovak* OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR "United

Kingdom" OR England OR Wales OR Scotland OR "Great Britain") OR (Croatia OR "Former Yugoslav Republic of Macedonia" OR Macedonia OR Iceland OR Montenegro OR Turkey) OR Albania OR Andorra OR Armenia OR Azerbaijan OR Belarus OR "Bosnia and Herzegovina" OR Bosnia OR Georgia OR Liechtenstein OR Moldova OR Monaco OR Norway OR Russia OR "San Marino" OR Serbia OR Switzerland OR Ukraine OR (Vatican AND (City OR State))))

Se acotó la estrategia de búsqueda seleccionando los siguientes límites:

- Publication date: 01/01/2007 - 30/09/2014
- With abstract
- In English language

- Estrategia de búsqueda para la base de datos de PsycINFO:

((Search terms for "Mental health") [title of the document] OR (Search terms for "Mental health") [abstract]) AND ((Search terms for well-being) [title of the document] OR (Search terms for well-being) [abstract])

En el recuadro inferior se detalla la sintaxis utilizada en la búsqueda realizada en la base de datos de PUBMED (las palabras resaltadas en negrita son explicaciones de la sintaxis pero no son parte de la misma).

1. Salud mental ---- Límite empleado en el título

("drug abuse" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug addiction" OR "drug addicted" OR "drug dependent*" OR "drug dependence*" OR "drug withdrawal" OR "drug abuse") OR

("addictive disease*" OR "addictive disorder*") OR

("alcoholic patient*" OR "alcoholic subject*" OR alcoholism OR "alcohol dependent*" OR "alcohol dependence*" OR "fetal alcohol*" OR "prenatal alcohol*" OR "chronic ethanol*" OR "chronic* alcohol*" OR "alcohol withdrawal" OR "ethanol withdrawal") OR

("caffeine dependent*" OR "caffeine dependence" OR "caffeine addiction" OR (caffeine AND addict*) OR "caffeine withdrawal") OR

((cocaine OR heroin OR cannabis OR mdma OR ecstasy OR morphine*)
AND (abuse OR depend* OR dependent* OR dependence* OR addict* OR addicts OR
addicted OR addiction* OR withdrawal)) OR methadone) OR

(addiction OR addictive OR "substance abuse" OR "withdrawal syndrome" OR
psychoactive*) OR

((schizophrenia OR schizophrenic) OR Schizotyp* OR ((Delusional OR
paranoid) AND disorder*) OR hallucination* OR Psychotic OR Schizoaffective OR
psychosis) OR

((manic OR bipolar OR mood) AND disorder*) OR (depressive AND
(disorder* OR episode*)) OR "depressive symptom*" OR hypomania OR mania* OR
((major OR psychotic OR disorder*) AND depression) OR "suicide attempt*" OR
suicidal* OR cyclothymia OR Dysthymia) OR

((anxiety OR panic OR "Obsessive-compulsive" OR adjustment OR conversion
OR dissociative OR Somatoform OR Somatization OR neurotic) AND disorder*) OR
("hypochondriasis*" OR "body dysmorphic disorder*" OR "pain disorder*") OR
agoraphobia OR "social phobia*" OR "Post-traumatic stress" OR "stress disorder*") OR

("Eating disorder*" OR "Anorexia nervosa" OR "Bulimia nervosa" OR "sleep
disturbance" OR (sexual AND (disorder* OR dysfunction)) OR ((postnatal OR
postpartum) AND depression) OR ((antidepressant* OR laxative* OR analgesic* OR
psychotropic* OR vitamin* OR steroids OR hormone*) AND abuse)) OR

((insomnia OR sleepiness OR "sleep disturbance") NOT (apnea OR "side
effect*" OR parkinson* OR alzheimer OR neurodegenerat* OR cancer OR obesity OR
obese*)) OR (hypersomnia NOT narcolepsy) OR ((sleep OR night) AND terror*) OR
nightmare*) OR

((disorder* AND (personality OR identity OR impulse* OR impulsive* OR impulsivity)) OR asocial OR antisocial OR psychopathic OR anxious OR narcissi* OR "Pathological gambling" OR pyromania* OR Trichotillomania OR Psychosexual OR ("Munchhausen syndrome")) OR

("Pervasive developmental disorder*" OR autism OR autistic* OR "Rett* syndrome" OR "Asperger* syndrome") OR

((Hyperkinetic OR Conduct OR Emotional OR tic) AND disorder*) OR (anxiety AND (separation OR phobic OR social)) OR (hyperactivity AND (disorder* OR syndrome)) OR "Tourette syndrome" OR "Tourette's syndrome") OR

((Mental AND (disorder* OR illness OR health)) OR "psychological distress" OR "psychiatric disorder ") OR

(Nervousness OR "nervous tension" OR Irritability) OR

anorexia OR

(neurosis OR neuroses OR psychoses) OR ("mental confusion*") OR ("mental disability*") OR ("mental capacity*") OR ((psychiatric OR mental) AND (comorbidity OR comorbid)) OR psychiatry OR psychology))

OR

2. Salud mental ---- Límite empleado en el abstract

("drug abuse" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug addiction" OR "drug addicted" OR "drug dependent*" OR "drug dependence*" OR "drug withdrawal" OR "drug abuse") OR

("addictive disease*" OR "addictive disorder*") OR

("alcoholic patient*" OR "alcoholic subject*" OR alcoholism OR "alcohol dependent*" OR "alcohol dependence*" OR "fetal alcohol*" OR "prenatal alcohol*" OR "chronic ethanol*" OR "chronic* alcohol*" OR "alcohol withdrawal" OR "ethanol withdrawal") OR

("caffeine dependent*" OR "caffeine dependence" OR "caffeine addiction" OR (caffeine AND addict*) OR "caffeine withdrawal") OR

((cocaine OR heroin OR cannabis OR mdma OR ecstasy OR morphine*) AND (abuse OR depend* OR dependent* OR dependence* OR addict* OR addicts OR addicted OR addiction* OR withdrawal)) OR methadone) OR

(addiction OR addictive OR "substance abuse" OR "withdrawal syndrome" OR psychoactive*) OR

((schizophrenia OR schizophrenic) OR Schizotyp* OR ((Delusional OR paranoid) AND disorder*) OR hallucination* OR Psychotic OR Schizoaffective OR psychosis) OR

((manic OR bipolar OR mood) AND disorder*) OR (depressive AND (disorder* OR episode*)) OR "depressive symptom*" OR hypomania OR mania* OR ((major OR psychotic OR disorder*) AND depression) OR "suicide attempt*" OR suicidal* OR cyclothymia OR Dysthymia) OR

((anxiety OR panic OR "Obsessive-compulsive" OR adjustment OR conversion OR dissociative OR Somatoform OR Somatization OR neurotic) AND disorder*) OR ("hypochondriasis*" OR "body dysmorphic disorder*" OR "pain disorder*") OR agoraphobia OR "social phobia*" OR "Post-traumatic stress" OR "stress disorder*") OR

("Eating disorder*" OR "Anorexia nervosa" OR "Bulimia nervosa" OR "sleep disturbance" OR (sexual AND (disorder* OR dysfunction)) OR ((postnatal OR

postpartum) AND depression) OR ((antidepressant* OR laxative* OR analgesic* OR psychotropic* OR vitamin* OR steroids OR hormone*) AND abuse)) OR

((insomnia OR sleepiness OR "sleep disturbance") NOT (apnea OR "side effect*" OR parkinson* OR alzheimer OR neurodegenerat* OR cancer OR obesity OR obese*)) OR (hypersomnia NOT narcolepsy) OR ((sleep OR night) AND terror*) OR nightmare*) OR

((disorder* AND (personality OR identity OR impulse* OR impulsiv*)) OR asocial OR antisocial OR psychopathic OR anxious OR narcissi* OR "Pathological gambling" OR pyromania* OR Trichotillomania OR Psychosexual OR ("Munchausen syndrome")) OR

("Pervasive developmental disorder*" OR autism OR autistic* OR "Rett* syndrome" OR "Asperger* syndrome") OR

((Hyperkinetic OR Conduct OR Emotional OR tic) AND disorder*) OR (anxiety AND (separation OR phobic OR social)) OR (hyperactivity AND (disorder* OR syndrome)) OR "Tourette syndrome" OR "Tourette's syndrome") OR

((Mental AND (disorder* OR illness OR health)) OR "psychological distress" OR "psychiatric disorder ") OR

(Nervousness OR "nervous tension" OR Irritability) OR anorexia OR (neurosis OR neuroses OR psychoses) OR ("mental confusion*") OR ("mental disability*") OR ("mental capacity*") OR ((psychiatric OR mental) AND (comorbidity OR comorbid)) OR psychiatry OR psychology))

AND

3. Bienestar ---- Límite empleado en el título

((("well-being" OR "wellbeing") OR ("happiness" OR "happy") OR ("SALY") OR ("flourish*") OR ("positive affect" OR "negative affect") OR ("satisfaction with life" OR "life satisfaction")))

OR

4. Bienestar ---- Límite empleado en el abstract

((("well-being" OR "wellbeing") OR ("happiness" OR "happy") OR ("SALY") OR ("flourish*") OR ("positive affect" OR "negative affect") OR ("satisfaction with life" OR "life satisfaction")))

Se acotó la estrategia de búsqueda seleccionando los siguientes límites:

- Publication date: 01/2007 - 09/2014
- Language: English
- Peer reviewed
- Location:

("European Union" OR Europe* OR "EU-27" OR "European country" OR "European countries" OR (Europe* AND (citizen* OR population OR man OR men OR woman OR women OR children OR adult* OR adolescent OR elderly)) OR (Austria OR Belgium OR Bulgaria OR Cyprus OR "Czech Republic" OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Ireland OR Italy OR

Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Malta OR Netherlands OR Holland OR Poland
OR Portugal OR Romania OR Slovak* OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR "United
Kingdom" OR England OR Wales OR Scotland OR "Great Britain") OR (Croatia OR
"Former Yugoslav Republic of Macedonia" OR Macedonia OR Iceland OR Montenegro
OR Turkey) OR Albania OR Andorra OR Armenia OR Azerbaijan OR Belarus OR
"Bosnia and Herzegovina" OR Bosnia OR Georgia OR Liechtenstein OR Moldova OR
Monaco OR Norway OR Russia OR "San Marino" OR Serbia OR Switzerland OR
Ukraine OR (Vatican AND (City OR State))) OR

(European* OR Austrian* OR Belgian* OR Bulgarian* OR Cypriot* OR Czech*
OR Danish* OR Estonian* OR Finish* OR French* OR German* OR Greek* OR
Hungarian* OR Irish* OR Italian* OR Latvian* OR Lithuanian* OR Luxembourg* OR
Maltese* OR Dutch* OR Hollander* OR Netherlander* OR Polish* OR Portuguese* OR
Romanian* OR Slovak* OR Slovenian* OR Spanish* OR Swedish* OR English* OR
Scottish* OR Britannic* OR British* OR Welsh* OR Croatian* OR Macedonian* OR
Icelandic* OR Turkish* OR Albanese* OR Andorra* OR Armenian* OR Azerbaijani* OR
Belarussian* OR Bosnian* OR Georgian* OR Liechtenstein OR Moldavian* OR Monaco
OR Nordic* OR Russian* OR Serbian* OR Swiss* OR Ukrainian* OR Vatican*)

OR

("Portugal" OR "United Kingdom United Kingdom Netherlands" OR "Us Us
Germany" OR "Germany India India" OR "Netherlands Us Us" OR "Netherlands United
Kingdom" OR "United Kingdom Canada" OR "India India Germany" OR "Germany
Switzerland" OR "France" OR "Australia United Kingdom" OR "Germany United
Kingdom United Kingdom" OR "Us Us United Kingdom" OR "Us France" OR "Great

Britain Great Britain" OR "Africa South Africa United Kingdom" OR "United Kingdom
 Us Us United Kingdom" OR "Netherlands New Zealand" OR "Us Netherlands
 Netherlands Us United Kingdom" OR "United Kingdom United Kingdom United
 Kingdom" OR "Us United Kingdom United Kingdom" OR "Norway England" OR
 "Germany Germany Germany Germany Germany Germany" OR "United Kingdom
 Germany United Kingdom" OR "Turkey" OR "Germany Portugal" OR "England
 England" OR "Czech Republic" OR "United Kingdom Australia" OR "Hungary Hungary"
 OR "France Netherlands" OR "Czech Republic Czech Republic" OR "Switzerland
 Germany Germany" OR "Netherlands France" OR "Belgium Us" OR "Romania" OR
 "United Kingdom Sweden Norway United Kingdom" OR "Serbia And Montenegro" OR
 "Us Netherlands" OR "Poland Germany" OR "Netherlands Netherlands Us Us United
 Kingdom" OR "Us England" OR "Us Us Us Germany" OR "Us Us Us United Kingdom"
 OR "United Kingdom Us Germany" OR "Netherlands Us" OR "Ireland" OR "England"
 OR "Northern Ireland" OR "Finland Canada" OR "Canada United Kingdom" OR
 "Switzerland" OR "Great Britain" OR "Netherlands Netherlands" OR "Germany Great
 Britain" OR "France Us" OR "Great Britain England" OR "France Italy" OR "Spain
 Netherlands" OR "United Kingdom Italy" OR "Spain Us" OR "Portugal Germany" OR
 "Slovenia" OR "United Kingdom Norway Norway" OR "France France France France"
 OR "Finland Norway" OR "England Australia" OR "United Kingdom Us Us Germany"
 OR "Netherlands Us Us Us Us United Kingdom" OR "Canada Netherlands" OR
 "Austria" OR "Germany United Kingdom" OR "Australia Australia United Kingdom" OR
 "United Kingdom Netherlands Netherlands Us Us" OR "Us Us Us Us Netherlands United
 Kingdom" OR "United Kingdom Australia United Kingdom" OR "Hungary" OR "Us Us
 United Kingdom United Kingdom" OR "Great Britain Germany" OR "Poland" OR "Us
 Germany Germany" OR "Us Belgium" OR "Russia" OR "Bulgaria" OR "Germany" OR

"England Japan" OR "Netherlands Germany" OR "Norway" OR "Italy United Kingdom"
OR "United Kingdom United Kingdom Germany" OR "United Kingdom Us Sweden" OR
"Switzerland Germany" OR "Germany Germany Us" OR "Germany Us Us" OR "Greece"
OR "Israel Germany" OR "Germany Germany" OR "Us United Kingdom Us" OR "Italy"
OR "South Africa Africa United Kingdom" OR "England Us" OR "Scotland Us" OR
"Germany Us" OR "Great Britain Scotland" OR "England Belgium" OR "Cyprus" OR
"Us Netherlands Us" OR "Italy France" OR "Denmark" OR "New Zealand Netherlands"
OR "Us United Kingdom" OR "Sweden Us United Kingdom" OR "Denmark Denmark"
OR "United Kingdom Us United Kingdom" OR "Italy Russia" OR "England Sweden" OR
"Germany Us Germany" OR "Netherlands Us United Kingdom United Kingdom" OR
"Germany Germany Germany Germany" OR "Scotland" OR "Us Sweden United
Kingdom" OR "Netherlands Netherlands Netherlands Netherlands Netherlands" OR
"Croatia" OR "Ireland United Kingdom" OR "Portugal Portugal" OR "Italy Italy" OR
"Germany Netherlands" OR "Sweden" OR "United Kingdom Us" OR "United Kingdom
Germany" OR "United Kingdom Netherlands Us United Kingdom" OR "Spain" OR
"United Kingdom Us Us" OR "Yugoslavia" OR "Bosnia-herzegovina" OR "Us Spain" OR
"Us Netherlands United Kingdom United Kingdom" OR "Netherlands Spain" OR "Us
Norway" OR "United Kingdom Netherlands" OR "United Kingdom Us Us Us Us
Netherlands" OR "Us Scotland" OR "Netherlands" OR "Germany Us United Kingdom"
OR "Germany Germany Switzerland" OR "Us Germany" OR "Netherlands Netherlands
Netherlands Netherlands" OR "Norway Norway United Kingdom" OR "Us Us Germany
United Kingdom" OR "England Canada" OR "Germany Israel" OR "Finland" OR "Italy
Us" OR "Croatia Us Us Us Us Us" OR "Lithuania" OR "Spain Spain" OR "United
Kingdom United Kingdom Us" OR "Germany Us Us United Kingdom" OR "United
Kingdom Africa South Africa" OR "Netherlands Canada" OR "United Kingdom" OR


"Ussr" OR "United Kingdom United Kingdom" OR "Norway Us" OR "Great Britain Us"
OR "Germany Us Us Us" OR "Czechoslovakia" OR "Germany Poland" OR "Slovak
Republic" OR "Norway Finland" OR "Us Germany United Kingdom" OR "Belgium" OR
"Poland Poland" OR "United Kingdom Us Us Us" OR "France France")

7.2. Tríptico informativo del Estudio Europeo COURAGE

Un agente entrevistador de IPSOS Operaciones contactará con usted o alguna persona de su hogar próximamente.

Deseamos poder hablar pronto con usted o alguien de su hogar y esperamos que decida participar en este importante estudio internacional sobre la salud.

Estudio realizado en España por:



Ipsos Operaciones, S.A.U.
Avda. Burgos, 12
28036-Madrid
Teléfono gratuito de consulta
900 152 148

Investigadores Principales del Estudio Europeo COURAGE

Dr. Josep Maria Haro Abad
Parque Sanitario San Juan de Dios, Barcelona

Dr. José Luis Ayuso Mateos
Universidad Autónoma de Madrid



Estudio Europeo COURAGE



Financiado por:

-VII Programa Marco de la Unión Europea

- Ministerio de Ciencia e Innovación

Con la colaboración:

Organización Mundial de la Salud



¿Por qué es importante este estudio?

El principal objetivo de este estudio es evaluar el nivel de salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas y, a través de ello, analizar cómo la edad impacta en la salud, el funcionamiento y la integración social. Este estudio se está llevando a cabo simultáneamente en España, Polonia y Finlandia; participando también Italia y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La información obtenida será de gran utilidad para los profesionales de la salud y para los planificadores de servicios de salud.

Para analizar cómo la edad impacta en la salud de la población se analizará el estado de personas a partir de 18 años, de modo que se puedan comparar los distintos grupos de edad.

¿Quién realiza el estudio?

El estudio lo lleva a cabo un grupo internacionalmente reconocido de investigadores en el campo de la salud. Los directores de los centros coordinadores en España aparecen en la última página de este folleto. Este estudio forma parte de una iniciativa a nivel europeo en la que colabora la Organización Mundial de la Salud. La financiación para el estudio proviene de la Unión Europea y del Ministerio de Ciencia e Innovación.

¿A quienes se solicita su participación?

Se han aplicado rigurosos métodos estadísticos para seleccionar una muestra representativa de personas de cada país. En total, más de 10.000 personas serán incluidas en el estudio. Es importante que usted sepa que el entrevistador no puede escoger ni el domicilio ni la persona en el hogar seleccionado que deberá ser entrevistada. Estas decisiones se toman a través de métodos estadísticos diseñados para garantizar que la muestra sea representativa de toda la población. Es importante que cada persona seleccionada participe puesto que no hay otra persona que la pueda sustituir.

¿Cómo se llevarán a cabo las entrevistas?

Las entrevistas las hacen entrevistadores que trabajan bajo la supervisión de los centros coordinadores. Cada entrevistador llevará un carnet de identificación que le mostrará cuando contacte con usted. Si usted tiene cualquier duda, puede llamar al número gratuito que se muestra en este tríptico. Las entrevistas se hacen personalmente: en su domicilio o en cualquier otro lugar que usted decida (por ejemplo, en su lugar de trabajo). Puede escoger ser entrevistado/a en el mismo momento que el entrevistador contacta con usted, o concertar otro día que a usted le convenga más para la realización de la entrevista.

¿La persona seleccionada, puede decidir si quiere participar?

Por supuesto. Participar es completamente voluntario. Usted puede escoger no responder a alguna o a todas las preguntas. Sin embargo, nuestra experiencia es que a la mayoría de las personas les parece interesante el contenido de la entrevista. Esta es una oportunidad para que los profesionales de la salud conozcan sus opiniones sobre estos temas. Le invitamos a que aproveche esta oportunidad participando en el estudio.

¿Qué tipo de preguntas se hacen?

Las preguntas de la entrevista cubren una amplia variedad de temas que incluyen la salud física y mental, el estado civil, la vida familiar y el trabajo. También se le preguntará sobre calidad de vida, el bienestar y las necesidades asistenciales.

No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Las respuestas de cada persona son igual de importantes.

¿Qué se hace con las respuestas?

Todas las respuestas son estrictamente confidenciales. Las encuestas completas se mandan a los Centros Coordinadores donde los nombres, direcciones, y cualquier otra información identificadora se elimina. Solo se realizarán informes generales, los cuales no identifican a ninguna de las personas entrevistadas.

7.3. Carta de presentación del proyecto



CARTA DE PRESENTACIÓN:



Comité Científico del
estudio COURAGE in
Europe:

Neurological Institute
'C.Besta', ITALIA
Matilde Leonardi
COORDINADOR

Organización Mundial de la Salud
SUIZA
Somnath Chatterji

Institute for Health and Welfare,
FINLANDIA
Seppo Koskinen

Universidad Autónoma de
Madrid, ESPAÑA
José Luis Ayuso-Mateos

Sant Joan de Déu
Serveis de Salut Mental, ESPAÑA
Josep Maria Haro

Ordine Ospedaliero di San
Giovanni
di Dio Fatebenefratelli, ITALIA
Giovanni B. Frisoni

Agenzia Regionale Sanità
Friuli Venezia Giulia, ITALIA
Carlo Francescutti

IRCCS Eugenio Medea
Ass.ne La Nostra Famiglia
Conegliano, ITALIA
Andrea Martinuzzi

Jagiellonian University, POLONIA
Beata Tobiasz-Adamczyk

*Comité Científico del
estudio COURAGE in
Europe*



Apreciado/a señor/a:

Tenemos el placer de invitarle a usted o alguien de su hogar a participar en el estudio COURAGE in Europe, el cual es parte de un proyecto internacional en el que participa la Organización Mundial de la Salud. El estudio lo lleva a cabo un Comité Científico de investigadores (véase el listado en la parte izquierda de la carta) y cuenta con el patrocinio de:

- La Comisión Europea
- El Ministerio de Ciencia e Innovación

El Comité Científico ha encargado a la empresa Ipsos Operaciones la obtención de la información para la realización de dicho estudio en España.

Para obtener dicha información, se elige con un método estadístico los hogares y las personas que deben ser entrevistadas. **Una vez seleccionadas dichas personas no pueden ser sustituidas por otras, para asegurar que el Estudio represente verdaderamente el conjunto de nuestra sociedad.**

Si usted ha sido una de las personas seleccionadas, **le rogamos encarecidamente acepte colaborar respondiendo a un cuestionario relativo a temas sobre su estado de salud, calidad de vida y bienestar** (ver folleto adjunto).

La duración de la entrevista varía según las circunstancias de cada persona; en cualquier caso, si es necesario puede interrumpirse y ser continuada en otro momento que le sea más adecuado.

Agradeciendo de antemano la atención, le saludan atentamente los miembros del Comité Científico en España:

Dr. Josep Maria Haro

Dr. José Luis Ayuso

Al término de la entrevista, el Agente de Ipsos Operaciones le hará entrega de un pequeño obsequio como muestra de agradecimiento por su amable colaboración.

Para cualquier duda o aclaración sobre el estudio COURAGE in Europe, no dude en contactar con el teléfono gratuito de consultas: 900 152 148.

7.4. Modelo de Consentimiento Informado para la firma del participante



ESTUDIO EUROPEO COURAGE

A. IPSOS Operaciones certifica que:

1. Las respuestas de su entrevista permanecerán en la más estricta confidencialidad. Se tratarán anónimamente de acuerdo con la Ley Orgánica del Tratamiento de Datos de carácter personal 15/99 (LORTAD).
2. De acuerdo con la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS vigente referida a la protección y tratamiento de datos, toda la información que nos facilite en este cuestionario será tratada exclusivamente con fines estadísticos no pudiendo ser utilizada de forma nominal ni facilitada a terceros.
3. Su nombre, dirección y teléfono se guardará separados de sus respuestas a la entrevista. Sólo en forma anónima sus respuestas a la entrevista serán transferidas junto con las de los restantes entrevistados al centro de análisis de datos.
4. La entrevista ha sido efectuada por un agente entrevistador de Ipsos Operaciones.

B. COMO PERSONA ENTREVISTADA PARA ESTE ESTUDIO

1. Mi participación en la encuesta es voluntaria.
2. Se me ha explicado el objetivo del Estudio.
3. He respondido libremente, según mi opinión personal, a todas las preguntas que se me han formulado, o bien he dejado de responder cuando así lo he deseado.
4. Doy mi conformidad para que en el futuro pueda ser contactado y entrevistado por el Comité Científico del Estudio para contestar otras preguntas acerca de la salud y calidad de vida.
5. A pesar de lo dicho anteriormente, soy consciente de que no asumo ninguna obligación de contestar a ninguna otra cuestión que en el futuro se me quiera plantear sobre este tema.

Fecha : _____ / _____ / _____

Ipsos Operaciones

El Entrevistado

Entrevista N°: _____



IPSOS Operaciones, S.A.
Sociedad Unipersonal
Inscrita Registro Mercantil de Madrid Tomo 8385
Gral. 7284 de la secc. 3ª del Libro de Sociedades
Folio 158 - Hoja nº 70179/3 - Inscrip. 1ª
C.I.F. ES/A - 78581709

Avda. De Burgos, 12
28036 MADRID
Tel: +34 91 767 21 99
Fax: +34 91 302 43 86

Av. Diagonal 177 4ª
08018 BARCELONA
Tel: +34 93 452 21 00
Fax: +34 93 452 21 01



7.5. Aprobación del Comité de Bioética, Universidad Jagiellonian, Cracovia,
Polonia

AKCEPTACJA

dot. opinii nr: KBET/208/B/2010 z 25 listopada 2010 r.



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

TYTUŁ BADANIA:

„Wieloośrodkowe badanie nad starzeniem się populacji w Europie (badanie COURAGE in Europe. Collaborative Research on Ageing in Europe)”

WNIOSKODAWCA:

Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM
31-034 Kraków, ul. Kopernika 7a

Komisja Bioetyczna
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

PRZEDSTAWIONE DOKUMENTY:

Wniosek z 8 listopada 2011 r. dotyczący planowanej kontynuacji badania do 30 września 2012 r.
Sprawozdanie z realizacji badania.

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego na posiedzeniu 24 listopada 2011 r., po zapoznaniu się z wyżej wymienionymi dokumentami, pozytywnie zaopiniowała przedłużenie badania do 30 września 2012 r.

Lista członków Komisji Bioetycznej biorących udział w posiedzeniu:

Przewodniczący: prof. dr hab. med. Piotr Thor (urologia) - Katedra Patofizjologii UJ CM,
Z-ca Przewodniczącego: mgr Alicja Widera (psycholog kliniczny) - Szpital Uniwersytecki w Krakowie,

Członkowie:

mgr Leszek Kądziela (radca prawny),
dr med. Teresa Pawlik (internista/lekarz rodzinny) - Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
dr Jerzy Brusilo OFMConv. - PAT, Instytut Biotyki,
dr hab. med. Grażyna Bochenek (internista/alerlog/pulmonolog) - II Katedra Chorób Wewnętrznych UJ CM,
dr med. Barbara Groszek (toksykolog) - Oddział Kliniczny Toksykologii i Chorób Środowiskowych SS im. L. Rydygiera w Krakowie,
dr med. Stefan Bednarz (internista/przedstawiciel Okręgowej Rady Lekarskiej) - Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM

Kraków, 24 listopad 2011 r.

Przewodniczący
Komisji Bioetycznej UJ

Prof. dr hab. Piotr Thor

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ UJ
DO WYŁĄCZNEGO WYKORZYSTANIA
DLA CELÓW STATUTOWYCH
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

ul. Grzegórzecka 20
PL 31-531 Kraków
tel. +48 (12) 433 27 35
fax. +48 (12) 433 27 40
kbet@cm-uj.krakow.pl
www.kbet.cm-uj.krakow.

7.6. Aprobación del Comité de Revisión de Ética, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Madrid, 27 de abril de 2010

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de la Princesa en su reunión del día 22-04-2010 (acta 08/10) después de evaluar la respuesta a la solicitud de aclaraciones del proyecto de investigación:

TÍTULO: Estado de salud, calidad de vida y bienestar de la población española de edad avanzada: un estudio epidemiológico.

Nº de Registro: PI-364

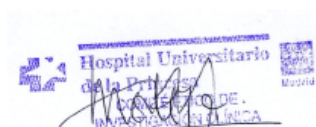
Investigador principal: José Luis Ayuso Mateos (Sº de Psiquiatría)

Investigador colaborador: Roberto Nuevo Benítez (Sº de Psiquiatría)

Ponentes: F. Abad, M. Ortega

Decisión tomada: Aprobación (22-04-10)

Este Comité Ético de Investigación Clínica considera que tanto el proyecto de investigación como la hoja de información al paciente son **ética y metodológicamente aceptables**. Así mismo, considera que los investigadores son competentes para llevar a cabo este proyecto que está enmarcado dentro de las líneas de investigación prioritarias del Hospital Universitario de la Princesa.



Fdo: **Dra. M^º de Mar Ortega Gómez**
Secretaria del C.E.I.C.

7.7. Aprobación del Comité de Revisión de Ética, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Don Jesús Pineda Sánchez, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica
Fundació Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat (Barcelona)

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació Sant Joan de Déu celebrada el día 24 de febrero de 2011 se valoró la realización del protocolo de estudio titulado **“Estudio colaborativo del envejecimiento en Europa. COURAGE en Europa”**. Código CEIC PIC-12-11, cuyo investigador principal es el **Dr. Josep Maria Haro Abad** y se informó **favorablemente**.

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat (Barcelona), a 4 de marzo de 2011

Firmado:

Don Jesús Pineda Sánchez
Secretario CEIC Fundació SJD

7.8. Aprobación del Comité de Revisión de Ética, Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, Finlandia

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUHE	OTE/LAUSUNTO	1 (4)
Koordinoiva eettinen toimikunta	§ 71	22.03.2011
46/13/03/00/11 UUSI TUTKIMUSSUUNNITELMA, 2. KÄSITTELY		
46/13/03/00/2011		
TMK00 § 71		
Esittelijä	Ylilääkäri Katia Käyhkö	
Julkisuus	Salassa pidettävä (JulKL 621/1999, 24 §)	
Tutkimuksen nimi	COURAGE IN EUROPE - COLLABORATIVE RESEARCH ON AGEING IN EUROPE. EU-HANKE VUOSILLE 2009-2012	
Kuvaus	Toimikunnan käsiteltäväksi on toimitettu toimikunnan pyytämät korjaukset 1.3.2011 kokouksesta. Kyseessä on lääketieteellinen haastattelu-/ kyselytutkimus, jonka tavoitteena on kehittää ICF-luokitukseen perustuvia, validoituja mittareita kuvaamaan ikääntyvän väestön fyysistä ja psyykkistä terveyttä, elämänlaatua ja hyvinvointia sekä sosiaalisten ja ympäristötekijöiden vaikutuksia. Hankkeeseen osallistuu 12 partneria neljästä maasta sekä WHO.	
Tutkimuksesta vastaava henkilö	LT, tutkimusprofessori Seppo Koskinen, THL	
Tutkimuksen rahoitus	EU ja THL	
Toimitetut asiakirjat	Hakemus (lomake) Seppo Koskinen, 18.3.2011 Saatekirje, Seppo Koskinen Tutkimussuunnitelman lyhennelmä, 18.3.2011 Tutkittavan tiedote, C2001 Suostumusasiakirja, C2002 Henkilörekisteriseloste, 18.3.2011 Lausuntokopio § 43/ 1.3.2011	
Päätösesitys	Eettinen toimikunta päättää 1. asiasta kokouksikäsitellyssä, 2. periä lausuntomaksuna 0 euroa (STM:n asetus 840/2010, 1 § 3 mom.).	
Päätös	Toimikunta katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain (488/99 myöh. muutoksineen) ja asetuksen (986/99 myöh. muutoksineen) säännöksiä, tietosuojasäännöksiä sekä niitä lääketieteellistä tutkimusta ja tutkimuspotilaiden asemaa koskevia kansainvälisiä velvoitteita, joita ihmiseen kohdistuvalta lääketieteelliseltä tutkimukselta edellytetään.	

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OTE/LAUSUNTO

2 (4)

Eettinen toimikunta pitää tutkimussuunnitelmaa eettisesti hyväksyttävänä ja päättää

1. antaa siitä puoltavan lausunnon.

Päätöstä koskeviin asiasisällöllisiin kysymyksiin vastaa tarvittaessa esittelijä.

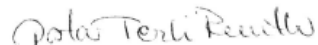
2. perii lausuntomaksun esityksen mukaisesti.

Lisätietoja

Esittelijä puheenjohtaja Katia Käyhkö, p. 050 339 2688

Otteen tarkastamattomasta pöytäkirjasta oikeaksi todistaa

Helsingissä 30.3.2011


Minna Ruuska
sihteeri

Lähetetty tiedoksi 30.3.2011

Liite Muutoksenhakuohje

Jakelu Seppo Koskinen, THL, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Satu Meriläinen, THL, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki

OIKAISUVAATIMUS LAUSUNTOMAKSUA KOSKEVAAN PÄÄTÖKSEEN

Oikaisuvaatimusoikeus Eettisen toimikunnan tutkimussuunnitelmasta tai sen muutoksesta määräämään lausuntomaksuun voidaan hakea oikaisua. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen). Kuntayhtymän viranomaisen päätöksestä saa tehdä oikaisuvaatimuksen myös kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään kirjallisena.

Oikaisuvaatimuskielto Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksestä, joka koskee päätöksen valmistelua tai täytäntöönpanoa, oikaisuvaatimuksen johdosta tehtyä päätöstä, eikä päätöksestä, johon haetaan muutosta muun lain nojalla.

Tutkijalla tai muulla asianosaisella taikka kuntayhtymän jäsenkunnalla tai sen jäsenellä ei ole oikeutta vaatia oikaisua eettisen toimikunnan antamaan lausuntoon. Mikäli eettisen toimikunnan lausunto on kielteinen, tutkija voi kuitenkin saattaa asian uudelleen asianomaisen eettisen toimikunnan käsiteltäväksi. Eettinen toimikunta on tällöin velvollinen pyytämään asiasta valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan (TUKIJA) lausunnon.

Oikaisuvaatimusviranomainen

Eettisen toimikunnan lausuntomaksua koskevasta päätöksestä oikaisuvaatimus tehdään HUS:n hallitukselle.

Oikaisuvaatimusaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimuksen viimeinen päivä on pyhäpäivä tai muu sellainen päivä, jolloin virastossa ei työskennellä, oikaisuvaatimuksen saa toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

Oikaisuvaatimuksen sisältö

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava

- oikaisuvaatimuksen tekijän nimi ja kotikunta
- postiosoite ja muut yhteystiedot, johon asiaa koskevat ilmoitukset voidaan toimittaa
- päätös, johon haetaan oikaisua sekä
- miltä osin päätökseen haetaan oikaisua ja mitä muutoksia siihen vaaditaan tehtäväksi ja oikaisuvaatimuksen perusteet.

Oikaisuvaatimuksen hakijan tai hänen laillisen edustajansa taikka asiamiehen on omakätisesti allekirjoitettava oikaisuvaatimus. Jos oikaisuvaatimuksen hakijan puhevaltaa käyttää muu kuin muutoksenhakija itse, on oikaisuvaatimuksessa mainittava myös tämän henkilön nimi, kotikunta, postiosoite ja muut yhteystiedot, johon asiaa koskevat ilmoitukset hakijalle voidaan toimittaa.

Oikaisuvaatimuksen toimittaminen

Asianosaisen tai hänen valtuuttamansa henkilön on toimitettava HUS:n hallitukselle osoitettu oikaisuvaatimus keskuskirjaamoon.

HUS keskuskirjaamo
Osoite: PL 100, 00029 HUS
(käyntiosoite: Stenbäckinkatu 9, Helsinki)
Puhelin: (09) 4711 (vaihde)
Suora puh. (09) 471 72015 tai (09) 471 73457
Telekopio: (09) 471 75600
Asiointi sähköpostilla keskuskirjaamo@hus.fi
Asiakaspalveluaika arkisin klo 8.00-15.30

Oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen sairaanhoitopiirin kirjaamon aukioloajan päättymistä. Omalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse, lähetin välityksellä tai faksilla taikka sähköpostilla.

Sähköpostilla saapuneen oikaisuvaatimuksen katsotaan tulleen perille määräajassa, mikäli se on viranomaisen käytettävissä tämän vastaanottolaitteessa ennen määräajan päättymistä. Tarvittaessa voidaan oikaisuvaatimuksen tekijää pyytää toimittamaan sähköpostilla saapuneesta oikaisuvaatimuksesta alkuperäinen allekirjoitettu kappale, mikäli on syytä epäillä asiakirjan aitoutta, eheyttä ja muuttumattomuutta (laki sähköisestä asiointista viranomaistoiminnassa 13/2003).

7.9. Versión abreviada del DRM (Set A: mañana)

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
Versión Final - Enero 2011



Hora de inicio [] [] : [] []

Set A. Reconstrucción del día- iniciando con la mañana

ENTREVISTADOR: Para este módulo solicite al entrevistado que reconstruya su día previo comenzando desde que se despertó. Es improbable que usted pueda reconstruir todo el día en los 15 minutos destinados a esta sección. Deberá suspender las preguntas sobre las actividades después de que hayan transcurrido 15 minutos. No pierda de vista el tiempo transcurrido usando preguntas como la Q7210 o la Q7260 . Después de 15 minutos pase a Q7500

Q7011 Registre la hora actual.	[] [] : [] [] HORAS MINUTOS
Q7012 Sume 15 minutos a la registrada en Q7011 para calcular el tiempo límite de esta parte de la entrevista	[] [] : [] [] HORAS MINUTOS

INTRODUCCIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL DÍA

Ahora me gustaría realizarle algunas preguntas sobre lo que hizo ayer. Trate de recordar la secuencia de actividades que realizó el día de ayer, desde que despertó hasta el atardecer.

Las personas realizan diversas actividades durante el día, por ejemplo: Trabajar, preparar alimentos, hacer los quehaceres del hogar, cuidar a los niños, trasladarse al trabajo o al mercado, arreglarse, bañarse, comer, hacer ejercicio, rezar, descansar, hablar con amigos, jugar a las cartas, ver televisión, escuchar la radio, leer el periódico o cuidar a alguna persona.

Me gustaría que me contara las diferentes actividades o cosas que hizo el día de ayer. Posiblemente hizo algunas de las cosas que acabo de mencionar o quizás también haya realizado algunas otras cosas.

Por favor resuma sus respuestas en una o dos palabras. Además no es necesario que mencione actividades breves como lavarse las manos, lo cual le toma únicamente uno o dos minutos.

Q7013 ¿A qué hora despertó el día de ayer?	[] [] : [] [] HORAS MINUTOS	
ENTREVISTADOR: Si el entrevistado no se acuerda, obtenga su mejor estimación.	NO SABE LA HORA.....	88 88

ENTREVISTADOR: Q7014 no existe

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
 Versión Final -Enero 2011



MAÑANA		
<p>Q7015 Ayer por la mañana ¿qué fue lo primero que usted hizo después de que se despertó?</p> <p>ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad</p>		
TRABAJÓ..... 1 ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO 2 PREPARÓ COMIDA..... 3 HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4 CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5 FUE DE COMPRAS..... 6 CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7 VIAJO EN BICICLETA..... 8 VIAJÓ EN COCHE/AUTOBUS/TREN..... 9	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10 HABLÓ CON ALGUIEN..... 11 JUGÓ (CARTAS/JUEGOS) 12 LEYÓ..... 13 ESCUCHÓ LA RADIO..... 14 VIO LA TELEVISIÓN.....15 HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16 OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18 COMIÓ..... 19 REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA... 20 CUIDÓ DE ALGUIEN.....21 TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22 SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE....23 OTROS.....24
<p>Q7016 ¿Cuánto duró esta actividad?</p>	HORAS MINUTOS [] [] : [] []	
<p>Q7017 ¿A qué hora empezó usted esta actividad? ENTREVISTADOR: Si al informante se le dificulta señalar el tiempo exacto, pídale una estimación.</p>	HORAS MINUTOS [] [] : [] []	
<p>Q7018 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? Por interactuar, me refiero a si usted le prestó atención a alguien de forma constante. Por ejemplo, si usted estuvo bañando a un niño, estaría interactuando con él aunque no le hablara. Por otro lado, hablar con alguien menos de 5 minutos no cuenta como interactuar. ENTREVISTADOR: El informador puede dar más de una respuesta-Puede marcar más de una opción.</p>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) ni hijos) 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	<p>→Q7019</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

MAÑANA		
Q7015 Ayer por la mañana ¿qué fue lo primero que usted hizo después de que se despertó?		
<i>ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad</i>		
TRABAJÓ..... 1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18
ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO 2	HABLÓ CON ALGUIEN..... 11	COMIÓ..... 19
PREPARÓ COMIDA..... 3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS) 12	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA... 20
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4	LEYÓ..... 13	CUIDÓ DE ALGUIEN.....21
CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5	ESCUCHÓ LA RADIO..... 14	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22
FUE DE COMPRAS..... 6	VIO LA TELEVISIÓN.....15	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE.....23
CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16	OTROS.....24
VIAJO EN BICICLETA..... 8	OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	
VIAJÓ EN COCHE/AUTOBUS/TREN..... 9		

Q7016 ¿Cuánto duró esta actividad?	HORAS MINUTOS [] : []	
Q7017 ¿A qué hora empezó usted esta actividad? <i>ENTREVISTADOR: Si al informante se le dificulta señalar el tiempo exacto, pídale una estimación.</i>	[] : [] HORAS MINUTOS	
Q7018 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? Por interactuar, me refiero a si usted le prestó atención a alguien de forma constante. Por ejemplo, si usted estuvo bañando a un niño, estaría interactuando con él aunque no le hablara. Por otro lado, hablar con alguien menos de 5 minutos no cuenta como interactuar. <i>ENTREVISTADOR: El informador puede dar más de una respuesta-Puede marcar más de una opción.</i>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) ni hijos) 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	→Q7019 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
Versión Final -Enero 2011



Q7018a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto..... 1	[]
	Poco a gusto 2	
	Un poco incomodo..... 3	
	Muy incomodo..... 4	

A menudo nos sentimos de diferente manera en el transcurso del día. Algunas veces nos sentimos bien y otras veces no. Algunas de las actividades que hacemos las disfrutamos, mientras que otras no tanto. Ahora piense en cómo se sentía ayer a esa hora mientras realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto							Mucho
Q7019 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6	6
Q7020 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6	6
Q7021 ¿Cómo de irritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6	6
Q7022 ¿Cómo de deprimido(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6	6
Q7023. ¿Cómo de tenso(a) o estresado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6	6
Q7024. ¿Cómo de calmado(a) o relajado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6	6
Q7025. ¿Cuánto disfrutó lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6	6

Q7050 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer?
 ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". **Marque sólo una actividad**

TRABAJÓ..... 1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18
ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO 2	HABLO CON ALGUIEN..... 11	COMIÓ..... 19
PREPARÓ COMIDA..... 3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS) 12	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4	LEYÓ..... 13	CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21
CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5	ESCUCHÓ LA RADIO..... 14	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22
FUE DE COMPRAS..... 6	VIO LA TELEVISIÓN..... 15	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE. 23
CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16	OTRA..... 24
VIAJÓ EN BICICLETA..... 8	OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	
VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN..... 9		

Q7051 ¿Cuánto duró es actividad?

ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto,, pida una aproximación

HORAS MINUTOS [] : []

Q7052 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? <i>ENTREVISTADOR: El informante puede decir más de una respuesta, marque todas las que le mencione.</i>	ESTABA SOLO.....	1	→Q7053 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	CON SU ESPOSO(A).....	2	
	CON SUS HIJOS ADULTOS.....	3	
	CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS.....	4	
	CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) ni hijos).....	5	
	CON AMIGOS.....	6	
	CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO.....	7	
OTRO, ESPECIFIQUE.....	87		
Q7052a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto.....	1	<input type="checkbox"/>
	Poco a gusto.....	2	
	Un poco incomodo.....	3	
	Muy incomodo.....	4	

Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día mientras realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7053 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7054 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7055 ¿Cómo de irritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7056 ¿Cómo de deprimido(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7057 ¿Cómo de tenso(a) o estresado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7058 ¿Cómo de calmado(a) o relajado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7059 ¿Cuánto disfrutó lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7100 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer?
 ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". **Marque sólo una actividad**

TRABAJÓ.....	1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ).....	10	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ.....	18
ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO.....	2	HABLÓ CON ALGUIEN.....	11	COMIÓ.....	19
PREPARÓ COMIDA.....	3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS).....	12	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA.....	20
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... CUIDÓ A LOS NIÑOS.....	4	LEYÓ.....	13	CUIDÓ DE ALGUIEN.....	21
FUE DE COMPRAS.....	5	ESCUCHÓ LA RADIO.....	14	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS.....	22
CAMINÓ A ALGÚN LADO.....	6	VIO LA TELEVISIÓN.....	15	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE.	23
VIAJÓ EN BICICLETA.....	7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... OTRA.....	16		24
VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS	8		17		
TREN.....	9				

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
Versión Final - Enero 2011



Q7101 ¿Cuánto duró esa actividad? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto, pida una aproximación</i>	[] : [] HORAS MINUTOS	
Q7102 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? <i>ENTREVISTADOR: El informante puede decir más de una respuesta marque todas las que le mencione.</i>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	→Q7053 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q7102a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto 1 Poco a gusto 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo 4	<input type="checkbox"/>

Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día mientras realizaba esta actividad. . Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7103 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7104 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7105 ¿Cómo de irritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7106 ¿Cómo de deprimido(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7107 ¿Cómo de tenso(a) o estresado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7108 ¿Cómo de calmado(a) o relajado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7109 ¿Cuánto disfrutó que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7150 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad</i>		
TRABAJÓ..... 1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18
ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO..... 2	HABLÓ CON ALGUIEN..... 11	COMIÓ..... 19
PREPARÓ COMIDA..... 3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS)..... 12	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4	LEYÓ..... 13	CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21
CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5	ESCUCHÓ LA RADIO..... 14	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22
FUE DE COMPRAS..... 6	VIO LA TELEVISIÓN..... 15	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE..... 23
CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16	OTRA..... 24
VIAJO EN BICICLETA..... 8	OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	

VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN..... 9		
--------------------------------------	--	--

Q7151 ¿Cuánto duró esa actividad? ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto, pida una aproximación	HORAS [] [] : MINUTOS [] []	
Q7152 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? ENTREVISTADOR: El informante puede decir más de una respuesta marque todas las que le mencione.	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	→Q7153 [] [] [] []
Q7152a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto..... 1 Poco a gusto 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo 4	[]

Ahora piense en cómo se sentía ayer por la mañana mientras realizaba esta actividad. . Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7153 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7154 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7155 ¿Cómo de irritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7156 ¿Cómo de deprimido(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7157 ¿Cómo de tenso(a) o estresado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7158 ¿Cómo de calmado(a) o relajado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7159 ¿Cuánto disfrutó lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7200 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer? ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad			
TRABAJÓ..... 1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18	COMIÓ..... 19

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
 Versión Final -Enero 2011



DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO.....	2	HABLO CON ALGUIEN.....	11	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA.....	20
PREPARÓ COMIDA.....	3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS).....	12	CUIDÓ DE ALGUIEN.....	21
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS.....	4	LEYÓ.....	13	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS.....	22
CUIDÓ A LOS NIÑOS.....	5	ESCUCHÓ LA RADIO.....	14	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE.....	23
FUE DE COMPRAS.....	6	VIO LA TELEVISIÓN.....	15	OTRA.....	24
CAMINÓ A ALGÚN LADO.....	7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO.....	16		
VIAJÓ EN BICICLETA.....	8	OTRA ACTIVIDAD DE OCIO.....	17		
VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN.....	9				

<p>Q7201 ¿Cuánto duró esa actividad?</p> <p><i>ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto,, pida una aproximación</i></p>	<p>[] : []</p> <p>HORAS MINUTOS</p>	
<p>Q7202 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad?</p> <p><i>ENTREVISTADOR:El informante puede decir más de una respuestas marque todas las que le mencione.</i></p>	<p>ESTABA SOLO..... 1</p> <p>CON SU ESPOSO(A)..... 2</p> <p>CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3</p> <p>CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4</p> <p>CON OTROS FAMILIARES(NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5</p> <p>CON AMIGOS..... 6</p> <p>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7</p> <p>OTRO, ESPECIFIQUE..... 87</p>	<p>→Q7203</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p>
<p>Q7202a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)</p>	<p>Muy a gusto..... 1</p> <p>Poco a gusto 2</p> <p>Un poco incomodo..... 3</p> <p>Muy incomodo 4</p>	[]

Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7203 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7204 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7205 ¿Cómo de iritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7206 ¿Cómo de deprimido(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7207 ¿Cómo de tenso(a) o estresado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7208 ¿Cómo de calmado(a) o relajado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7209 ¿Cuánto disfrutó lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7210 Registre la hora	[] : [] HORAS MINUTOS
------------------------	----------------------------

Si los 15 minutos han transcurrido→ Pase a Q7500

Q7250 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad</i>		
TRABAJÓ..... 1 ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO..... 2 PREPARÓ COMIDA..... 3 HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4 CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5 FUE DE COMPRAS..... 6 CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7 VIAJO EN BICICLETA..... 8 VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN..... 9	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFE)..... 10 HABLÓ CON ALGUIEN..... 11 JUGÓ (CARTAS/JUEGOS)..... 12 LEYÓ..... 13 ESCUCHÓ LA RADIO..... 14 VIO LA TELEVISIÓN..... 15 HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16 OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18 COMIÓ..... 19 REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20 CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21 TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22 SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE..... 23 OTRA..... 24

Q7251 ¿Cuánto duró esa actividad? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto,, pida una aproximación</i>	[] : [] HORAS MINUTOS
Q7252 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? <i>ENTREVISTADOR: El informante puede decir más de una respuestas marque todas las que le mencione.</i>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87
Q7252a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto..... 1 Poco a gusto 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo 4

Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día mientras realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7253 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7254 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7255 ¿Cómo de irritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
 Versión Final - Enero 2011



Q7256 ¿Cómo de <u>deprimido(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7257 ¿Cómo de <u>tenso(a)</u> o <u>estresado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7258 ¿Cómo de <u>calmado(a)</u> o <u>relajado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7259 ¿Cuánto <u>disfrutó</u> lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7260 Registre la hora	[] : [] HORAS MINUTOS
------------------------	----------------------------

Si los 15 minutos han transcurrido→ Pase a Q7500

Q7300 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer?
ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". **Marque sólo una actividad**

TRABAJÓ..... 1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10	SE BAÑÓ O SE ARREGLO..... 18
ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO..... 2	HABLO CON ALGUIEN..... 11	COMIÓ..... 19
PREPARÓ COMIDA..... 3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS)..... 12	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4	LEYÓ..... 13	CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21
CUIDO A LOS NIÑOS..... 5	ESCUCHO LA RADIO..... 14	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22
FUE DE COMPRAS..... 6	VIO LA TELEVISIÓN..... 15	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE. 23
CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16	OTRA..... 24
VIAJÓ EN BICICLETA..... 8	OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	
VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS		
TREN..... 9		

Q7301 ¿Cuánto duró esa actividad? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto,, pida una aproximación</i>	[] : [] HORAS MINUTOS	
Q7302 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? <i>ENTREVISTADOR:El informante puede decir más de una respuestas marque todas las que le mencione.</i>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES(NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	→Q7303 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q7302a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto..... 1 Poco a gusto 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo 4	<input type="checkbox"/>

Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día mientras realizaba esta actividad. . Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
--	-------------	--	--	--	--	--	-------



Q7303 ¿Cómo de <u>preocupado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7304 ¿Cómo de <u>apresurado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7305 ¿Cómo de <u>imitado(a)</u> o <u>enfadado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7306 ¿Cómo de <u>deprimido(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7307 ¿Cómo de <u>tenso(a)</u> o <u>estresado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7308 ¿Cómo de <u>calmado(a)</u> o <u>relajado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7309 ¿Cuánto <u>disfrutó</u> lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7310 Registre la hora	[] [] : [] [] HORAS MINUTOS
------------------------	------------------------------------

Si los 15 minutos han transcurrido → Pase a Q7500

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
 Versión Final -Enero 2011



<p>Q7350 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer? ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad</p>		
TRABAJÓ..... 1 ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO..... 2 PREPARÓ COMIDA..... 3 HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4 CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5 FUE DE COMPRAS..... 6 CAMINÓ A ALGUN LADO..... 7 VIAJÓ EN BICICLETA..... 8 VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN..... 9	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10 HABLÓ CON ALGUIEN..... 11 JUGÓ (CARTAS/JUEGOS)..... 12 LEYÓ..... 13 ESCUCHÓ LA RADIO..... 14 VIO LA TELEVISIÓN..... 15 HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16 OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18 COMIÓ..... 19 REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20 CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21 TUVO RELACIONES ÍNTIMAS... 22 SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE. 23 OTRA..... 24
<p>Q7351 ¿Cuánto duró esa actividad?</p> <p>ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto, pida una aproximación</p>	HORAS MINUTOS [] [] : [] []	
<p>Q7352 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad?</p> <p>ENTREVISTADOR: El informante puede decir más de una respuesta marque todas las que le mencione.</p>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES(NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	<p>→Q7353</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Q7352a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)</p>	Muy a gusto..... 1 Poco a gusto 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo 4	<input type="checkbox"/>

Ahora piense en cómo se sentía ayer por la mañana mientras realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7353 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7354 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7355 ¿Cómo de irritado(a) o enfadado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7356 ¿Cómo de deprimido(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7357 ¿Cómo de tenso(a) o estresado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7358 ¿Cómo de calmado(a) o relajado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6

Q7359 ¿Cuánto disfrutó lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---	---

Q7360 Registre la hora	[] : []
	HORAS MINUTOS

Si los 15 minutos han transcurrido→ Pase a Q7500

Q7400 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer? ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad		
TRABAJÓ..... 1 ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO 2 PREPARÓ COMIDA..... 3 HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4 CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5 FUE DE COMPRAS..... 6 CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7 VIAJÓ EN BICICLETA..... 8 VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN..... 9	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10 HABLÓ CON ALGUIEN..... 11 JUGÓ (CARTAS/JUEGOS) 12 LEYÓ..... 13 ESCUCHÓ LA RADIO..... 14 VIO LA TELEVISIÓN..... 15 HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16 OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18 COMIÓ..... 19 REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20 CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21 TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22 SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE. 23 OTRA..... 24

Q7401 ¿Cuánto duró esa actividad? ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto,, pida una aproximación	[] : [] HORAS MINUTOS	
Q7402 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? ENTREVISTADOR: Marque todas las opciones que le mencionen.	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES(NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	→Q7403 [] [] [] []
Q7402a ¿En ese momento cómo de a gusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto..... 1 Poco a gusto 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo 4	[]

Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día mientras realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7403 ¿Cómo de preocupado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7404 ¿Cómo de apresurado(a) se sentía?	0	1	2	3	4	5	6

COURAGE in EUROPE Estudio Colaborativo del Envejecimiento en Europa
Cuestionario COURAGE
 Versión Final -Enero 2011



Q7405 ¿Cómo de <u>irritado(a)</u> o <u>enfadado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7406 ¿Cómo de <u>deprimido(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7407 ¿Cómo de <u>tenso(a)</u> o <u>estresado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7408 ¿Cómo de <u>calmado(a)</u> o <u>relajado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7409 ¿Cuánto <u>disfrutó</u> lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

Q7410 Registre la hora	[] : [] HORAS MINUTOS
------------------------	----------------------------

Si los 15 minutos han transcurrido ➔ Pase a Q7500

Q7450 ¿Cuál fue la siguiente actividad que realizó usted ayer? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante menciona más de una actividad, sondee con "A cuál de estas actividades le prestó más atención o requirió de un mayor esfuerzo". Marque sólo una actividad</i>			
TRABAJÓ..... 1	DESCANSÓ (INCLUYE TOMAR EL TÉ O UN CAFÉ)..... 10	SE BAÑÓ O SE ARREGLÓ..... 18	
ACTIVIDAD AGRÍCOLA Y CRÍA DE ANIMALES PARA EL AUTOCONSUMO..... 2	HABLO CON ALGUIEN..... 11	COMIO..... 19	
PREPARÓ COMIDA..... 3	JUGÓ (CARTAS/JUEGOS)..... 12	REALIZÓ UNA ACTIVIDAD RELIGIOSA..... 20	
HIZO TAREAS DOMÉSTICAS... 4	LEYÓ..... 13	CUIDÓ DE ALGUIEN..... 21	
CUIDÓ A LOS NIÑOS..... 5	ESCUCHÓ LA RADIO..... 14	TUVO RELACIONES ÍNTIMAS..... 22	
FUE DE COMPRAS..... 6	VIO LA TELEVISIÓN..... 15	SE FUE A DORMIR POR LA NOCHE..... 23	
CAMINÓ A ALGÚN LADO..... 7	HIZO EJERCICIO O DIO UN PASEO... 16	OTRA..... 24	
VIAJÓ EN BICICLETA..... 8	OTRA ACTIVIDAD DE OCIO..... 17		
VIAJÓ EN COCHE/ AUTOBUS /TREN..... 9			

Q7451 ¿Cuánto duró esa actividad? <i>ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas con el tiempo exacto,, pida una aproximación</i>	[] : [] HORAS MINUTOS	
Q7452 ¿Habló o interactuó con alguien mientras realizaba esta actividad? <i>ENTREVISTADOR: El informante puede decir más de una respuesta marque todas las que le mencione.</i>	ESTABA SOLO..... 1 CON SU ESPOSO(A)..... 2 CON SUS HIJOS ADULTOS..... 3 CON SUS HIJOS JÓVENES O NIETOS..... 4 CON OTROS FAMILIARES (NO INCLUYA ESPOSA(O) NI HIJOS)..... 5 CON AMIGOS..... 6 CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO..... 7 OTRO, ESPECIFIQUE..... 87	➔Q7453 [] [] [] []
Q7452a ¿En ese momento que tan agusto se sentía con esa(s) persona(s)	Muy a gusto..... 1 Poco a gusto..... 2 Un poco incomodo..... 3 Muy incomodo..... 4	[]



Ahora piense en cómo se sentía ayer durante esa parte del día mientras realizaba esta actividad. Por favor, puntúe de 0 a 6, donde 0 indica que usted no se sentía así en absoluto y 6 significa que usted se sentía en gran medida así.

	En absoluto						Mucho
Q7453 ¿Cómo de <u>preocupado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7454 ¿Cómo de <u>apresurado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7455 ¿Cómo de <u>irritado(a)</u> o <u>enfadado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7456 ¿Cómo de <u>deprimido(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7457 ¿Cómo de <u>tenso(a)</u> o <u>estresado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7458 ¿Cómo de <u>calmado(a)</u> o <u>relajado(a)</u> se sentía?	0	1	2	3	4	5	6
Q7459 ¿Cuánto <u>disfrutó</u> lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	5	6

<p>Q7500 Usted ha descrito sus actividades de esta parte del día de ayer, ¿puede decirme a que hora termino esta última actividad? ENTREVISTADOR: Si el informante tiene problemas para señalar el tiempo exacto, pídale una hora aproximada.</p>	<p>[] : [] HORAS MINUTOS No SABE.....88 88</p>
---	--

8. REFERENCIAS

Abad, J.F., Olea, J., Ponsoda, V., García, C., 2011. *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis, Madrid.

Al-Windi, A., 2005. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes* 3, 28.

Alberts, B., 2013. Impact factor distortions. *Science* 340(6134), 787.

Andrews, F.M., Withey, S.B., 1976. *social indicators of well-being*. Plenum, New York.

Aristóteles, 1985. *Ética nicomáquea. Ética eudemia*. Introducción de E. Lledó Íñigo; traducción y notas de J. Pallí Bonet. Gredos, Madrid.

Ayuso-Mateos, J.L., Miret, M., Caballero, F.F., Olaya, B., Haro, J.M., Kowal, P., Chatterji, S., 2013. Multi-country evaluation of affective experience: validation of an abbreviated version of the day reconstruction method in seven countries. *PLoS One* 8(4), e61534.

Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X., Jiménez-Aristizabal, A., 2009. *Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida*. Itxaropena, S.A., Zarautz (Gipuzkoa).

Bauman, Z., 2003, p.13. *Comunidad, en busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI, España.

Bauman, Z., 2013, p.14. *Comunidad, en busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI, España.

Bergner, M.R., M. L. , 1987. Health status measures: an overview and guide for selection. *Annu.Rev.Public Health*(8), 191-210.

Bhattacharyya, M.R., Whitehead, D.L., Rakhit, R., Steptoe, A., 2008. Depressed mood, positive affect, and heart rate variability in patients with suspected coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*(70), 1020-1027.

Bjørnskov, C., 2010. How Comparable are the Gallup World Poll Life Satisfaction Data? World Values Survey. *Journal of Happiness Studies* (11), 41–60.

Bradburn, N.M., 1969. *The structure of psychological well-being*. Aldine, Chicago.

Bradburn, N.M., Caplovitz, D., 1965. *Reports of happiness*. Aldine, Chicago.

Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R., 1978. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*(36), 917-927.

Brief, A.P., Butcher, A.H., George, J.M., Link, K.E., 1993. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *J Pers Soc Psychol* 64(4), 646-653.

Bruckner , T., Scheffler, R., Shen G, Y.J., Chisholm, D., Morris , J., Fulton, B., Dal Poz, M., Saxena, S., 2011. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization* 89(3), 184-194.

Brunner, M., Nagy, G., Wilhelm, O., 2012. A tutorial on hierarchically structured constructs. *J Pers* 80(4), 796-846.

Bylsma, L.M., Taylor-Clift, A., Rottenberg, J., 2011. Emotional reactivity to daily events in major and minor depression. *J Abnorm Psychol* 120(1), 155-167.

Byrne, B.M., Shavelson, R.J., Muthén, B., 1989. Testing for the equivalence of factor covariance and mean structures: The issue of partial measurement invariance. *Psychological Bulletin* 3(105), 456–466.

Caballero, F.F., Miret, M., Olaya, B., Perales, J., López-Ridaura, R., Haro, J.M., al., e., 2014. Evaluation of affect in Mexico and Spain: Psychometric properties and usefulness of an abbreviated version of the day reconstruction method. *Journal of Happiness Studies*(15), 915–935.

Campo-Arias, A., Oviedo, H.C., 2008. Psychometric properties of a scale: internal consistency. *Rev Salud Publica (Bogota)* 10(5), 831-839.

Cannon, M.J., Warner, L., Taddei, J. A., & Kleinbaum, D. G. , 2001. What can go wrong when you assume that correlated data are independent: an illustration from the evaluation of a childhood health intervention in Brazil. *Stat.Med.*(20), 1461-1467.

Cantril, H., 1965. *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.

Carstensen, L.L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G.R., Brooks, K.P., Nesselroade, J.R., 2011. Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol. Aging* 26, 21–33.

Carver, C.S., Gaines, J.G., 1987. Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cogn Ther Res*(11), 449.

Cheung, G.W., Rensvold, R.B., 2002. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling* 9(2), 233-255.

Chida, Y., Steptoe, A., 2008. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 70(7), 741-756.

Clarke, A., Gatineau, M., Grimaud, O., Royer-Devaux, S., Wyn-Roberts, N., Le Bis, I., Lewison, G., 2007. A bibliometric overview of public health research in Europe. *Eur J Public Health* 17 Suppl 1, 43-49.

Cohen, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20, 37-46.

Cohen, J., 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press, New York.

Cohen, S., Pressman, S.D., 2006. Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science* 15(3), 122-125.

Cramm, J.M., Moller, V., Nieboer, A.P., 2012. Individual- and Neighbourhood-Level Indicators of Subjective Well-Being in a Small and Poor Eastern Cape Township: The Effect of Health, Social Capital, Marital Status, and Income. *Soc Indic Res* 105(3), 581-593.

Csikszentmihalyi, M., Larson, R., 1987. Validity and reliability of the Experience-Sampling Method. *J.Nerv.Ment.Dis.* 175(9), 526-536.

Curran, C., Burchardt, T., Knapp, M., McDaid, D., Li, B.Q., 2007. Challenges in multidisciplinary systematic reviewing: A study on social exclusion and mental health policy. *Social Policy & Administration* 41, 289-312.

Deaton, A., 2008. Income, health, and well-being around the world: evidence from the Gallup World Poll. *J Econ Perspect* 22(2), 53-72.

Diener, E., 1984. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*(95), 542-575.

Diener, E., Emmons, R.A., 1984. The independence of positive and negative affect'. *Journal of Personality and Social Psychology*(47), 1105-1117.

Diener, E., Gonzalez, E., 2011. The validity of life satisfaction measures. *Social Indicator Network News*(108), 1-5.

Diener, E., Ng, W., Harter, J., Arora, R., 2010. Wealth and happiness across the world: material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. *J.Pers.Soc.Psychol.* 99(1), 52-61.

Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E., 2003. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol* 54, 403-425.

Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., al., e., 1993. The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Soc Indic Res* 28(195).

Diener, E., Seligman, M.E.P., 2004. Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*(5), 1-31.

Diener, E., Smith, H., Fujita, F., 1995. The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*(69), 130-141.

Diener, E., Suh, E., 1997. Measuring quality of life: Economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*(40), 189-216.

Diener, E., Suh, E.M., 2000. *Culture and subjective well-being*. MIT Press, Cambridge, MA.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L., 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 125(2), 276-302.

Diener, E., Tay, L., 2012. The remarkable benefits of happiness for successful and healthy living. Report of the. Report to the United Nations General Assembly: Well-Being and Happiness: A New Development Paradigm, in: *Well-Being Working Group, R.G.o.B.* (Ed.).

Dinan, T.G., 1994. Glucocorticoids and the genesis of depressive illness. A psychobiological model. *Br J Psychiatry* 164(3), 365-371.

Dockray, S., Grant, N., Stone, A.A., Kahneman, D., Wardle, J., Steptoe, A., 2010. A Comparison of Affect Ratings Obtained with Ecological Momentary Assessment and the Day Reconstruction Method. *Soc Indic Res* 99(2), 269-283.

Dodge, R., 1930. *Autobiography*. Clark University Press, Worcester.

Dolan, P., Lee, H., King, D., Metcalfe, R., 2009. Valuing health directly. *BMJ*(339), b2577.

Donovan, N., Halpern, D., 2002. Life Satisfaction: The state of knowledge and implications for Government, in: Unit, P.M.s.S. (Ed.), London.

Drasgow, F., Hulin, C. L. , 1990. Item response theory, in: (Eds.), M.D.D.L.M.H. (Ed.), *Handbook of industrial/organization psychology* 2 ed. ed. Consultin Psychologists Press, Palo Alto, C.A., pp. 577-636.

Drasgow, F., Levine, M.V., McLaughlin, M.E., 1987. Detecting inappropriate test scores with optimal and practical appropriateness indices. . *Applied Psychological Measurement*(11), 59-79.

Dua, J.K., 1994. Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research* 38(7), 669-680.

Edwards, J.R.B., R. P. , 2000. On the nature and direction of relationships between constructs and measures. *Psychol.Methods*(5), 155-174.

Eikemo, T.A., Huisman, M., Bambra, C., Kunst, A.E., 2008. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. . *Sociol Health Illn* 30(4), 565–582.

Elosua, P.L.-J., A., 2002. Indicadores de dimensionalidad para ítems binarios. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*(4), 121-137.

Emmons, R.A., Diener, E., Larsen, R.J., 1986. Choice and avoidance of everyday situations and affect congruence: Two models of reciprocal interactionism. *Journal of Personality and Social Psychology*(51), 815- 826.

European-Commission, 2013b. Eurostat. Total population.

Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A.L., Brunn, M., Byford, S., Chevreur, K., Forsman, A.K., Gulacsi, L., Haro, J.M., Kennelly, B., Knappe, S., Lai, T., Lasalvia, A., Miret, M., O'Sullivan, C., Obradors-Tarrago, C., Rusch, N., Sartorius, N., Svab, V., van Weeghel, J., Van Audenhove, C., Wahlbeck, K., Zlati, A., 2014. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *Eur Psychiatry*.

Fitzgerald, T.E., Tennen, H., Affleck, G., Pransky, G.S., 1993. The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*. (16), 25–43.

Fleiss, J.L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2nd ed. Wiley, New York.

Flugel, J.C., 1925. A quantitative study of feeling and emotion in everyday life. *British Journal of Psychology*(9), 318- 355.

Frisch, M.B., 2000. Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment, in: Ed., E.D. (Ed.), *Advances in quality of life theory and research*. Kluwer, Dordrecht, The Netherlands.

Gallagher, M.W., Lopez, S.J., Preacher, K.J., 2009. The hierarchical structure of well-being. *J Pers* 77(4), 1025-1050.

Gallup, I., 2009. *Gallup-Healthways Well-Being Index: Methodology Report for Indexes*, Washington, DC.

Gerstorf, D., Ram, N., Lindenberger, U., Smith, J., 2013. Age and time-to-death trajectories of change in indicators of cognitive, sensory, physical, health, social, and self-related functions. *Dev Psychol* 49(10), 1805-1821.

Graham, C., 2008. Happiness and health: lessons and questions for public policy. *Health Aff (Millwood)* 27(1), 72-87.

Gregorich, S.E., 2006. Do self-report instruments allow meaningful comparisons across diverse population groups? Testing measurement invariance using the confirmatory factor analysis framework. *Med Care* 44(11 Suppl 3), S78-94.

Grob, A., Stetsenko, A., Sabatier, C., Botcheva, L., Macek, P., 1999. A crossnational model of subjective wellbeing in adolescence. In *European and American adolescents in the 1990s* (pp. 115-130). London, England: Lawrence Erlbaum., in: Eds., F.D.A.A.F. (Ed.).

Hall, R.J., Snell, A.F., Foust, M.S., 1999. Item Parceling Strategies in SEM: Investigating the Subtle Effects of Unmodeled Secondary Constructs. *Organizational Research Methods*(2), 233-256.

Headey, B., Wearing, A., 1991. Subjective well-being: A stocks and flows framework, in: F. Strack, M.A., and N. Schwarz Eds. (Ed.), *Subjective WellBeing: An Interdisciplinary Perspective*, Pergamon Pres, Oxford.

Hefler, L., Tempfer, C., Kainz, C., 1999. Geography of biomedical publications in the European Union, 1990-98. *Lancet* 353(9167), 1856.

Helliwell, J., Layard, R., Sachs, J., 2012. *World Happiness Report 2012*. The Earth Institute. Columbia University, New York.

Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J., 2013. *World Happiness Report 2013*. UN Sustainable Development Solutions Network, New York.

Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J., 2015. World Happiness Report 2015. Sustainable Development Solutions Network, New York.

Hicks, S., Tinker, L., Allin, P., 2013. Measuring Subjective Well-Being and Its Potential Role in Policy: Social Indicators Research, in: Statistics, P.f.t.U.O.f.N. (Ed.), pp. 73–86.

Hill, P.L., Turiano, N.A., 2014. Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychol Sci* 25(7), 1482-1486.

Hox, J.J., Mass, C.J.M., Brinkhuis, J.S., 2010. The effect of estimation method and sample size in multilevel structural equation modeling. *Statistica Neerlandica* 64, 157-170.

Hu, L.T., Bentler, P.M., 1999. Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 6, 1-55.

Huisman, M., Bamba, C., Kunst, A.E., 2008. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Social Health Illn* 30(4), 565–582.

Huppert, F.A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vit-tersø, J., Wahrendorf, M., 2009. Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research*(91), 301---315.

IBM Corp, 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, 19.0 ed. IBM Corp, Armonk, NY.

Jöreskog, K.G., 1971. Statistical analysis of congeneric tests. *Psychometrika*(36), 109-133.

Juster, F.T., 1985. Time, Goods, and Well-Being Institute for Social Research, Ann Arbor, MI.

Kahneman, D., Deaton, A., 2010. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proc Natl Acad Sci U S A* 107(38), 16489-16493.

Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N., 1999. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation, New York.

Kahneman, D., Krueger, A.B., 2006. Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives* 20(1), 3-24.

Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D., Schwarz, N., Stone, A.A., 2006. Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science* 312(5782), 1908–1910.

Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D.A., Schwarz, N., Stone, A.A., 2004. A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. *Science* 306(5702), 1776–1780.

Kern, M.L., Waters, L.E., Adler, A., White, M.A., 2015. A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *J Posit Psychol* 10(3), 262-271.

Kesebir, P., Diener, E., 2008. In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *Perspectives on Psychological Science*. (3), 117 – 125

Kessler, R.C., Ustun, T.B., 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 13(2), 93-121.

Keyes, C.L., 2007. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol* 62(2), 95-108.

Keyes, C.L., Shmotkin, D., Ryff, C.D., 2002. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 82(6), 1007-1022.

Keyes, C.L.M., 1998. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*(61), 121-140.

Keyes, C.L.M., Lopez, S.J., 2001. Towards a science of mental health, in: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, pp. 45-59.

Keyes, C.L.M., Myers, J.M., Kendler, K.S., 2010. The structure of genetic and environmental influences on mental well-being. *Am J Public Health* 100(12), 2379–2384.

Kopperud, K.H., Vitterso, J., 2008. Distinctions between hedonic and eudaimonic well-being: Results from a day reconstruction study among Norwegian jobholders. *Journal of Positive Psychology*. (3), 174–181.

Kowal, P., Chatterji, S., Naidoo, N., Biritwum, R., Fan, W., Lopez Ridaura, R., Maximova, T., Arokiasamy, P., Phaswana-Mafuya, N., Williams, S., Snodgrass, J.J., Minicuci, N., D'Este, C., Peltzer, K., Boerma, J.T., Collaborators, S., 2012. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol* 41(6), 1639-1649.

Krueger, A.B., Schkade, D.A., 2008. The Reliability of Subjective Well-Being Measures. *J Public Econ* 92(8-9), 1833-1845.

Krueger, A.B., Stone, A.A., 2008. Assessment of pain: a community-based diary survey in the USA. *Lancet* 371(9623), 1519-1525.

Lacruz, M.E., Emeny, R.T., Baumert, J., Ladwig, K.H., 2011. Prospective association between self-reported life satisfaction and mortality: results from the MONICA/KORA Augsburg S3 survey cohort study. *BMC Public Health* 11, 579.

Larsen, R.J., Diener, E., Emmons, R.A., 1985. An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*.

Larson, R., 1978. Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. *J Gerontol* 33(1), 109-125.

Leonardi, M., Chatterji, S., Koskinen, S., Ayuso-Mateos, J.L., Haro, J.M., Frisoni, G., Frattura, L., Martinuzzi, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Gmurek, M., Serrano, R., Finocchiaro, C., 2014. Determinants of Health and Disability in Ageing Population: The COURAGE in Europe Project (Collaborative Research on Ageing in Europe). *Clin Psychol Psychother* 21(3), 193-198.

Lord, F.M.N., M. R., 1968. *Statistical Theories of Mental Tests Scores*. Addison-Wesley Publishing Company, Massachusetts.

Lu, L., Gilmour, R., Kao, S.F., Wong, T.H., Hu, C.H., Chern, J.G., Huang, S.W., Shih, J.B., 2001. Two ways to achieve happiness: When the East meets the West. *Personality and Individual Differences*. (30), 1161-1174.

Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E., 2005. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 131(6), 803-855.

Lyubomirsky, S., Ross, L., 1999. Changes in attractiveness of elected, rejected, and precluded alternatives: A comparison of. *Journal of Personality and Social Psychology*(76), 988-1007.

Maier, H., Smith, J., 1999. Psychological predictors of mortality in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 54(1), P44-54.

Martin, J.L., Perez, V., Sacristan, M., Alvarez, E., 2005. Is grey literature essential for a better control of publication bias in psychiatry? An example from three meta-analyses of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 20(8), 550-553.

Martin-Maria, N., Caballero, F.F., Olaya, B., Rodriguez-Artalejo, F., Haro, J.M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J.L., 2016. Positive Affect Is Inversely Associated with Mortality in Individuals without Depression. *Front Psychol* 7, 1040.

McDonald, R.P., 1984. Confirmatory models for nonlinear structural analysis, in: Eds., E.E.D.e.a. (Ed.), *Data Analysis and Informatics III*. Elsevier, North Holland.

McDonald, R.P., 1999. Test theory: A unified treatment. Mahwah. Lawrence Erlbaum Associates, NJ.

McMahon, D.M., 2006. Una historia de la felicidad. . Taurus, Madrid.

Meade, A.W., Johnson, E.C., Braddy, P.W., 2008. Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance. *J Appl Psychol* 93(3), 568-592.

Mehnert, T., Krauss, H.H., Nadler, R., Boyd, M., 1990. Correlates of life satisfaction in those with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*(35), 3-17.

Mellor-Marsá, B., Miret, M., Abad, F., Chatterji, S., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J., Ayuso-Mateos, J.L., Caballero, F.F., 2015. Measurement invariance of the day reconstruction method: Results from the COURAGE in Europe Project. *Journal of Happiness Studies* 14(1), 22-23.

Miret, M., Caballero, F.F., Mathur, A., Naidoo, N., Kowal, P., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., 2012. Validation of a measure of subjective well-being: an abbreviated version of the day reconstruction method. *PLoS One* 7(8), e43887.

Miret, M., Cabello, M., Marchena, C., Mellor-Marsá, B., Félix Caballero, F., Obradors-Tarragó, C., Haro, J.M., Ayuso-Mateosa, J.M., 2015. The state of the art on European well-being research within the area of mental health. *Int J Clin Health Psychol*(15), 171-179.

Miret, M., F., C.F., Chatterji, S., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J.M., Ayuso-Mateos, J.L., 2014. Health and happiness: Results from the Collaborative Research on Ageing in Europe (COURAGE in Europe) project. *Bulletin of the World Health Organization*.

Mourn, T., 1988. Yes-saying and the mood-of-the-day effects in self-reported quality of life. *Social Indicators Research*(20), 117-139.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B., 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370(9590), 851-858.

Mulaik, S.A., 1972. *The Foundations of Factor Analysis*. McGraw Hill, New York.

Murray, C.J.L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J.A., Abdalla, S., 2013. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990---2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study *The Lancet*(380), 2197---2223.

Muthén, L.K., Muthén, B.O., 2010. *Mplus user's guide*, 4th ed, Los Angeles, CA.

Napier, A.D., Ancarno, C., Butler, B., 2014. Culture and health. *Lancet*(384), 1607–1639.

Nes, R.B., Czajkowski, N., Røysamb, E., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., 2008. Well-being and ill-being: shared environments, shared genes? *Journal of Positive Psychology* 3(4), 253–265.

OECD, 2013. Guidelines on measuring subjective well-being, in: *Development, O.f.E.C.-o.a. (Ed.)*, Paris.

OECD, 2013b. *How's Life? Measuring Well-being*. OECD guidelines on measuring subjective well-being, in: *Development, O.f.E.C.-o.a. (Ed.)*, Paris.

Oishi, S., 2008. *The concepts of happiness across cultures*. Princeton University, Woodrow Wilson School of Public & International Affairs.

Oishi, S., 2010. Culture and well-being: Conceptual and methodological issues, in: *Eds., J.F.H.E.D.D.K. (Ed.)*, *International differences in wellbeing*. Oxford University Press, New York, pp. 34–69.

Oishi, S., 2012. *The psychological wealth of nations: Do happy people make a happy society*. Wiley-Blackwell, Malden, MA.

Oishi, S., Graham, J., 2010. Social ecology: Lost and found in psychological science. *Perspectives on Psychological Science*. (5), 356–377.

Okun, M.A., Stock, W.A., Haring, M.J., Witter, R.A., 1984. Health and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis. *International Journal of Aging & Human Development*(19), 111-132.

Pierce, G.R., Ptacek, J.T., Taylor, B., Yee, P.L., Henderson, C.A., Lauventi, H.J., Bourdeau, C.M., 1998. The role of dispositional and situational factors in cognitive interference. *J Pers Soc Psychol* 75(4), 1016-1031.

Pierewan, A.C., Tampubolon, G., 2015. Happiness and Health in Europe: A Multivariate Multilevel Model. *Applied Research in Quality of Life* 10(2), 237–252.

Rahman, M., Fukui, T., 2003. Biomedical publication--global profile and trend. *Public Health* 117(4), 274-280.

Raykov, T., Marcoulides, G.A., Li, C.-H., 2012. Measurement Invariance for Latent Constructs in Multiple Populations: A Critical View and Refocus. *Educational and Psychological Measurement*(72), 954-974.

Reise, S.P., Widaman, K.F., Pugh, R.H., 1993. Confirmatory factor analysis and item response theory: two approaches for exploring measurement invariance. *Psychological Bulletin* 114, 552-566.

Robinson, M.D., Clore, G.L., 2002. Episodic and semantic knowledge in emotional self-report: evidence for two judgment processes. *J Pers Soc Psychol* 83(1), 198-215.

Russell, J.A., 2003. Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev* 110(1), 145-172.

Rusting, C.L., 1997. Individual differences in interpreting of emotional ambiguity. 69th Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago.

Ryan, R.M., Bernstein, J.H., Brown, K.W., 2010. Weekends, work, and well-being: Psychological need satisfactions and day of the week effects on mood, vitality, and physical symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 29 (1), 95–122.

Ryan, R.M., Deci, E.L., 2001. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol* 52, 141-166.

Ryan, R.M., Huta, V., Deci, E.L., 2006. Lingwell: A self -Determination Theory perspective on Eudaimonia. *Journal of Happiness Studies* 139–170.

Ryff, C.D., 1989. Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*(57), 1069-1081.

Ryff, C.D., Keyes, C.L., 1995. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 69(4), 719-727.

Ryff, C.D., Singer, B.H., 2008. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies* 9(1), 13–39.

Sadler, M.E., Miller, C.J., Christensen, K., McGue, M., 2011. Subjective wellbeing and longevity: a co-twin control study. *Twin Res Hum Genet* 14(3), 249-256.

Salomon, J.A., Mathers, C.D., Chatterji, S., Sadana, R., Ustun, T.B., Murray, C.J.L., 2003. Quantifying individual levels of health: definitions, concepts, and measurement levels, in: Murray CJL, E.D., Eds. (Ed.), *Health systems performance assessment: debates, methods, empiricism*. World Health Organization, Geneva: ;. pp. , pp. 301–318.

Salvador-Carulla, L., Lucas, R., Ayuso-Mateos, J.L., Miret, M., 2014. Use of the terms "Wellbeing" and "Quality of life" in health sciences: A conceptual framework. *European Journal of Psychiatry* 28(1), 50-65.

Satorra, A., Bentler, P.M., 1994. Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis, in: (Eds.), A.v.E.e.C.C.C. (Ed.), *Latent variable Analysis : Applications for developmental research*. SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks, CA., pp. 399-419.

Satorra, A., Bentler, P.M., 2001. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*(66), 507-514.

Scheier, M.F., Carver, C.S., 1985. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 4(3), 219-247.

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, B., Zhang, X.C., Margraf, J., 2015. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *Int J Clin Health Psychol*(16), 1-10.

Schreiber, J.B., Nora, A., Stage, F.K., Barlow, E.A., King, J., 2006. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review. *The Journal of Educational Research*; 99(6), 323-338.

Schumacker, R.E., Lomax, R.G., 2004. *A beginner's guide to structural equation modeling*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.

Schwartz, S.J., Kim, S.Y., Whitbourne, S.K., Zamboanga, B.L., Weisskirch, R.S., Forthun, L.F., Vazsonyi, A.T., Beyers, W., Luyckx, K., 2013. Converging identities: dimensions of acculturation and personal identity status among immigrant college students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 19(2), 155-165.

Schwarz, N., Strack, F., 1991b. Context effects in attitude surveys: Applying cognitive theory to social research, in: Eds., W.S.a.M.H. (Ed.), *European Review of Social Psychology*. Wiley, Chichester, pp. 31-50.

Seidnitz, L., Wyer, R.S., Diener, E., 1997. Cognitive correlates of Subjective Well-being: The processing of balanced life events by happy and unhappy persons. *Journal of Research in Personality*. (31), 240-256.

Self, A., Thomas, J., Randall, C., 2012. Measuring national well-being: Life in the UK. Office for National Statistics, London.

Sheppard, J.A., Maroto, J.J., Pbert, L.A., 1996. Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*(30), 517-534.

Sijtsma, K., 2009. Reliability Beyond Theory and Into Practice. *Psychometrika* 74(1), 169-173.

StataCorp, 2010. Stata Statistical Software. Release 11. Stata Corporation, College Station, TX.

Staw, B.M., Sutton, R.I., Pelled, S.H., 1994. Employee positive emotions and favorable outcomes at the workplace. *Organization Science*(5), 51-71.

Steiger, J.H., 2007. Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modelling. *Personality and Individual Differences* 42(5), 893-898.

Stephens, A., de Oliveira, C., Demakakos, P., Zaninotto, P., 2014. Enjoyment of life and declining physical function at older ages: a longitudinal cohort study. *Canadian Medical Association Journal* 186(4), E150-156.

Stephens, A., Deaton, A., Stone, A.A., 2015. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet* 385(9968), 640-648.

Stephens, A., Wardle, J., 2011. Positive affect measured using ecological momentary assessment and survival in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A* 108(45), 18244-18248.

Stiglitz, J.E., Sen, A., Fitoussi, J.P., 2009. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, in: Progress, C.o.t.M.o.E.P.a.S. (Ed.), Paris.

Stiglitz, J.E., Sen, A., Fitoussi, J.P., 2010. Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress, in: Progress, C.o.t.M.o.E.P.a.S. (Ed.), Paris.

Stone, A.A., Schwartz, J.E., Broderick, J.E., Deaton, A., 2010. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A* 107(22), 9985-9990.

Stones, M.J., Kozma, A., 1985. Structural relationships among happiness scales: A second order factorial study. *Social Indicators Research*(17), 19–28.

Temane, Q.M., Wissing, M.P., 2006. The role of subjective perception of health in the dynamics of context and psychological well-being. *S Afr J Psychol* 36(3), 564–581.

Thomas, D.L., Diener, E., 1990. Memory accuracy in the recall of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology* 59(2), 291-297.

Thomas, E.L., Chambers, K.O., 1989. Phenomenology of life satisfaction among elderly men: Quantitative and qualitative views. *Psychology and Aging*(4), 284–289.

Thomson-ISI-ResearchSoft, 2004. Reference Manager

Triandis, H.C., 1995. Individualism and collectivism. West View Press, Boulder, CO.

United-Nations, 2015. Terms of Reference for the High Level Panel of Eminent Persons. United Nations, New York.

Unity, A., University, D., 2008. What makes us happy?, in: Australian Unity, D.U. (Ed.), Melbourne.

Üstün, T.B., Chatterji, S., Mechbal, A., Murray, C.J.L., WHS Collaborating groups, 2005. Quality assurance in surveys: standards, guidelines and procedures, in: United Nations Statistics Division. Department for Economic and Social Affairs (Ed.), Household sample surveys in developing and transition countries. United Nations, New York.

van de Schoot, R., Lugtig, P., Hox, J., 2012. A checklist for testing measurement invariance. *European Journal of Developmental Psychology* 9(4), 486-492.

Veenhoven, R., 1988. The utility of happiness. *Social Indicators Research*. (20), 333–354.

Verdugo, M.A., Crespo, M., Badía, M., Arias, B., 2008. Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales, VI Simposio Científico SAID. Publicaciones del INICO.

Wainer, H., Thissen, D., 2001. True score theory: The traditional method, in: Eds., D.T.H.W. (Ed.), *Test Scoring*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Wartkins, L., 2010. The cross-cultural appropriateness of survey-based value(s) research: A review of methodological issues and suggestions of alternative methodology. *International Marketing Review* 27(6), 694-716.

Waterman, A.S., 1993. Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*(64), 678-691.

Waterman, A.S., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Ravert, R.D., Williams, M.K., Bede Agocha, V., 2010. The Questionnaire for Eudaimonic Well-being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *J. Posit. Psychol.*(5), 41-61.

Watson, D., Pennebaker, J.W., 1989. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 96(2), 234-254.

Watten, R.G., Vassend, O., Myhrer, T., Syversen, J.-L., 1997. Personality factors and somatic symptoms. *European Journal of Personality*(11), 57– 68.

Wellbeing, C.I.o., Waterloo, U.o., 2012. How are Canadians really doing? The 2012 CIW Report, in: Wellbeing, C.I.o. (Ed.), Waterloo.

WHO, 1946, p.100. Summary report on proceedings minutes and final acts N°2. Official Records of the World Health Organization, international Health Conference, New York.

WHO, 1990. World health statistics annual. World Health Organization, Geneva.

WHO, 1993. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva.

WHO, 2012a. EB130/36: United Nations Conference on Sustainable Development Rio+20. 19 January 2012, in: Organization, W.H. (Ed.).

WHO, 2013. Process of translation and adaptation of instruments.

Wiest, M., Schuz, B., Webster, N., Wurm, S., 2011. Subjective well-being and mortality revisited: differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychol* 30(6), 728-735.

Wilkinson, R.G., Pickett, K.E., 2007. The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Social Science and Medicine*(65), 1965–1978.

Wilkinson, R.G., Pickett, K.E., 2009. The spirit level: Why more equal societies almost always do better. Penguin Books, London.

Wilson, M., Allen, D.D., Li, J.C., 2006. Improving measurement in health education and health behavior research using item response modeling: comparison with the classical test theory approach. *Health Educ Res* 21 Suppl 1, i19-32.

Wilson, W., 1967, p.302. Correlates of avowed happiness. *Psychol Bull* 67(4), 294-306.

Wolter, K., 1985. Introduction to variance estimation. Springer-Verlag, New York.

World-Bank, 2012. Gross domestic product.

World-Bank, 2013. Gross domestic product.

Ximénez, M.C., García, A.G., 2005. Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial confirmatorio mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*(17), 528-535.

Zieky, M., 1993. Practical questions in the use of DIF statistics in test development, in: (Eds.), P.W.H.H.W. (Ed.), *Differential item functioning*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, pp. 337-347.

Zinbarg, R.E., Yovel, I., Revelle, W., McDonald, R.P., 2006. Estimating generalizability to a latent variable common to all of a scale's indicators: A comparison of estimators for ω_h . *Applied Psychological Measurement* 30(2), 121-144.