



Investigando más allá de la Psicopatología y el  
alivio de los síntomas: una aproximación  
empírica al Modelo de Factor Dual de Salud  
Mental en una muestra de la población general  
canaria

**Alumnas:**

María López Cruz

Sara Montesdeoca León

Alba Rodríguez Pérez

**Tutores:**

Dr. Manuel González Rodríguez

Dra. Gloria Lastenia Hernández Zamora

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2018-2019

## **Resumen**

En este trabajo evaluamos el Modelo de Factor Dual en Salud Mental como alternativa a los modelos tradicionales de salud mental que considera la salud desde una perspectiva unidimensional. En contraposición, el modelo a estudiar considera que el bienestar y la psicopatología son dos factores de salud mental distintos, aunque relacionados negativamente, proporcionando una visión bidimensional de la salud mental, evaluados a lo largo de cuatro grupos (salud mental completa, vulnerable, sintomático y problemas). Participaron 290 personas, donde un 55,2% eran hombres y un 44.8% mujeres, con una media de edad de 28,57 (Dt = 12.01). Se confirma la estructura de los factores de psicopatología y bienestar subjetivo, relacionados negativamente entre sí. En los cuatro grupos se encontró que el grupo de salud obtiene puntuaciones medias más bajas que los grupos con problemas y sintomáticos en preocupación rasgo, la evitación experiencial, las estrategias de regulación emocionales cognitivas adaptativas, ansiedad y depresión. Así mismo los grupos sintomáticos y salud obtienen puntuaciones medias más elevadas que el grupo vulnerable en satisfacción con la vida, afecto positivo, resistencia al malestar y estrategias de regulación adaptativas. Los resultados se discuten proponiendo una mayor investigación sobre el Modelo Dual de Salud Mental.

*Palabras clave:* Modelo de Factor Dual de Salud Mental, psicopatología, salud mental completa, vulnerable, sintomático, problemas.

## **Abstract**

In this work we evaluate the Dual Factor Model in Mental Health as an alternative to traditional mental health models that considers health from a one-dimensional perspective. In contrast, the study model considers that well-being and psychopathology are two different mental health factors, although negatively related, providing a two-dimensional view of mental health, evaluated over four groups (complete mental health, vulnerable, symptomatic and problems). 290 people participated, where 55.2% were men and 44.8% women, with an average age of 28.57 (Dt = 12.01). The structure of the factors of psychopathology and subjective well-being are confirmed, negatively related to each other. In the four groups it was found that the health group obtained lower mean scores than the groups with problems and symptomatic in concern trait, experiential avoidance, adaptive cognitive emotional regulation strategies, anxiety and depression. Likewise, the symptomatic and health groups obtain higher mean scores than the vulnerable group in life satisfaction, positive affect, resistance to discomfort and

adaptive regulation strategies. The results are discussed proposing further research on the Dual Model of Mental Health.

*Key words:* Dual Factor Model of Mental Health, psychopathology, complete mental health, vulnerable, symptomatic, problems.

## **Introducción**

En los últimos años se observa un interés creciente en el bienestar, tanto en la sociedad en general, como en la atención de salud mental, que se refleja en la definición de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad” (Organización Mundial de la Salud, 2001), y más concreto en la definición de salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001). En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de una persona y de una comunidad.

Para los modelos de salud mental tradicional, la salud se considera como dos polos opuestos de un continuo al adoptar una perspectiva unidimensional (Greenspoon, y Saklofske, 2001; Wang, Zhang y Wang, 2011), y donde la investigación sobre la misma está restringida a la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales (Keyes, 2007; Doll, 2008). Además, en los modelos tradicionales de salud mental, el principal objetivo es el alivio de los síntomas (Keyes y López, 2002; Seligman, 2008), sin centrarse tanto en las estrategias y recursos cognitivos que poseen las personas ante las diversas situaciones a las que se enfrentan. Por lo tanto, el alivio de los síntomas es algo parcial y transitorio, ya que pueden producirse caídas y recaídas, a causa de que la cadena de pensamientos, conductas y emociones no se abordan (Slade, 2010).

Abordando las limitaciones del modelo tradicional, cabe destacar que son muy dependientes de los niveles de diagnóstico, es decir, de los niveles de psicopatología, donde generalmente utilizan el indicador de psicopatología negativa (PSN) y usan el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en sus diversas ediciones, para el diagnóstico psicológico, pero simplemente definen si hay o no un trastorno mental, es decir, es un sistema categorial, y lo relaciona con resultados

negativos, por lo que la salud mental se considera la ausencia de enfermedad mental (Suldo y Shaffer, 2008). Por lo tanto, la investigación sobre la salud mental se restringe a la psicopatología (Keyes, 2007) y deja de lado la capacidad de autoaceptación, las relaciones interpersonales positivas y el crecimiento personal (Carr, 2011) del paciente, siendo su principal objetivo aliviar los síntomas (Keyes y López, 2002; Seligman, 2008). El enfoque en las dimensiones constructivas del funcionamiento individual implica un cambio crítico en el paradigma del simple análisis centrado en la psicopatología (Magalhaes y Calheiros, 2017).

Con el surgimiento del Modelo del Factor Dual de Salud Mental (MDSM) (Wood y Tarrrier, 2010; Wood y Johnson, 2016), se considera que la ausencia de psicopatología y la presencia de salud mental positiva no son polos opuestos de una sola dimensión, sino que forman dos factores de salud mental distintos, aunque relacionados negativamente (Keyes, 2005; Furlong, You, Renshaw, Smith y O'Malley, 2014), que, en conjunto, proporcionan una comprensión integral de la salud mental humana. Por lo que es deseable evaluar tantos síntomas psicopatológicos como de salud mental positiva en aras a una evaluación más integral de las personas.

Se reconoce cada vez más que la ausencia de psicopatología no conlleva la presencia de salud mental positiva (Wood y Tarrrier, 2010), es decir, altos niveles de bienestar emocional, cognitivo y psicológico (Keyes y López, 2002), considerándose el bienestar como un indicador relevante del ajuste psicológico que abarca, tanto un componente cognitivo referido a la evaluación de la satisfacción con la propia trayectoria vital y dos componentes de naturaleza afectiva, el afecto positivo y el afecto negativo (Pavot y Diener, 2013). Los componentes afectivos y cognitivos están moderadamente relacionados en la mayoría de las sociedades (Diener, 2000), pero aún son constructos distintos entre sí en el nivel individual, dado que difieren en su estabilidad y variabilidad a lo largo del tiempo. Es decir, la evaluación cognitiva de una persona de la satisfacción de su vida no tiene que estar directamente relacionada con la frecuencia de las emociones positivas que experimenta la persona.

Diener introdujo el concepto de bienestar subjetivo (BS) para describir cómo las personas evalúan y experimentan sus vidas de manera positiva. Se delinearon tres componentes principales: una evaluación cognitiva de la vida en general de una persona, denominada satisfacción con la vida (SV), junto con experiencias frecuentes de afecto

positivo (AP) y afecto negativo infrecuente (AN) (Diener, 1984) que son respuestas emocionales ante los diferentes eventos vitales que se experimentan de manera independiente (Pavot y Diener, 2013). La investigación sugiere una estructura jerárquica que comprende un factor de Bienestar Subjetivo (BS) latente con tres dimensiones (AP, AN, y SV). De manera que el BS se define como las “evaluaciones cognitivas y afectivas de una persona de su vida” (Diener, Lucas, y Oishi, 2002). Este modelo tripartito de BS recibe apoyo en un metaanálisis de las relaciones entre AP, AN y SV, donde se encontraron relaciones moderadas en magnitud y en las direcciones anticipadas. Los estudios han encontrado relaciones negativas entre AP y AN que oscilan entre  $-.36$  y  $-.49$ , y en relación con el bienestar se han encontrado correlaciones positivas que van desde  $.44$  a  $.53$  con AP y negativas desde  $-.36$  a  $-.49$  con AN (Busseri, 2018; Jovanović, 2015).

El trabajo teórico y empírico ha examinado las asociaciones entre la afectividad y la satisfacción con la vida (Schimmack, 2008), donde las personas generalmente confían en su equilibrio del afecto para formarse juicios de cuán satisfechos están con sus vidas. De hecho, las investigaciones han confirmado una correlación positiva entre afecto positivo y satisfacción con la vida y una asociación inversa entre afecto negativo y satisfacción con la vida (Kuppens, Realo y Diener, 2008). Además, la evidencia experimental e intercultural ha confirmado que la afectividad tiene una influencia causal en los juicios de satisfacción con la vida (Kuppens et al., 2008). Otro de los factores que pudiera estar relacionado con el bienestar es un constructo denominado resistencia al malestar, que es la disposición a participar en un comportamiento que sea consistente con los valores de uno, incluso cuando está en un peor momento emocional. Este constructo se relaciona positivamente con AP ( $.32$ ) y muestra coeficientes de correlación de  $.42$  con satisfacción con la vida (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, Suzuki y Watson 2014).

Los estudios muestran que existe una relación entre la psicopatología y el bienestar en el sentido de que las personas con problemas de salud mental experimentan menores niveles de bienestar que las personas sin quejas. Esto se ha encontrado en pacientes adultos con síntomas de depresión (Seow et al., 2016) y con síntomas de ansiedad (Westerhof y Keyes, 2010). También los pensamientos repetitivos negativos (PRN), entre otros, la preocupación rasgo, el constructo de evitación experiencial se consideran variables de vulnerabilidad cognitiva para diversos trastornos emocionales y factores de riesgo común o transdiagnóstico que explicarían las elevadas tasas de comorbilidad entre los diferentes trastornos, y se definen como “pensamientos repetitivos

sobre uno o más temas negativos, que se experimentan como difíciles de controlar e implican una actividad cognitiva atenta, perseverante, frecuente y relativamente incontrolable que se centran en los aspectos negativos del yo y el mundo” (Ehring y Watkins, 2008). Estos pensamientos se han relacionado, al igual que la depresión y la ansiedad, con menor bienestar (Segerstrom, Eisenlohr-Moul, Evans, y Ram, 2015).

En definitiva, el diagnóstico tradicional de salud mental se focaliza en determinar la existencia o ausencia de un trastorno mental, dando como resultado un sistema deficiente y precario (Davies y Bhugra, 2008). En cambio, el Modelo del Factor Dual, posee dos indicadores para establecer un diagnóstico, siendo el bienestar subjetivo de la persona un indicador positivo y los síntomas de psicopatología un indicador negativo.

Desde la perspectiva del Modelo de Factor-Dual, y por tanto en base al bienestar y la psicopatología, se ha clasificado a las personas y han aparecido diversos grupos con condición específica de salud mental (Wang et al., 2011). Esos cuatro grupos son los siguientes: 1) Salud mental completa, que se caracterizaría por bienestar medio / alto y psicopatología baja; 2) Vulnerable, posee un bajo bienestar y baja psicopatología; 3) Sintomático pero contento, se refieren a las personas con bienestar medio / alto y alta psicopatología; y 4) Problemas, que se caracteriza por un bajo bienestar y alta psicopatología (Suldo y Shaffer, 2008; Suldo, Thalji y Ferron, 2011). Una representación gráfica se puede observar en la siguiente tabla.

Representación de los cuatros grupos en salud mental  
Bienestar

		Bajo	Medio	Alto
Psicopatología	Bajo	Vulnerable (asintomático pero descontento)	Salud mental completa	
	Alto	Problemas	Sintomático pero contento	

Estas opciones de clasificación permitieron abordar algunas limitaciones de los modelos teóricos tradicionales de salud mental. Así, las personas que revelan niveles bajos de psicopatología, pero también niveles bajos de bienestar, o sea los vulnerables, suelen ser pasadas por alto en términos de salud mental con los modelos tradicionales y, por lo tanto, tienden a tener menos apoyo de los servicios de salud mental (Suldo y Shaffer, 2008). Como tal, la ausencia de problemas psicológicos no es una condición

suficiente para mostrar niveles más altos de salud mental (Suldo et al., 2011). Así, en una muestra de estudiantes de entre 14 y 15 años que se evaluó cómo se relaciona la salud mental, definida en un Modelo de Factor Dual, con el ajuste psicológicos que apoyó el Modelo de Factor Dual, donde un 62,2% de la muestra tenían salud mental completa, vulnerable el 11.4%, sintomático pero contento un 11.4% y con problemas fue del 15% (Roth, Suldo y Ferron, 2017). En lo referente al grupo con problemas comprenden entre el 8% y 17% de las muestras, los estudiantes con problemas habitualmente tienen los peores resultados de los cuatro grupos, incluida la autoestima global más baja, la salud física más pobre, así como más problemas sociales y el menor apoyo social (Renshaw y Cohen, 2014).

Este trabajo tiene como objetivos la aproximación al Modelo de Factor Dual de Salud Mental en una muestra de adultos de la población general, en el queremos contrastar el Modelo de Factor Dual, así como, las relaciones de este último con el modelo tripartito del bienestar subjetivo.

Atendiendo a nuestros objetivos se plantean las siguientes hipótesis: 1) una primera hipótesis es que mediante el análisis factorial exploratorio se aislará una estructura de dos factores correspondientes a los tres componentes de bienestar subjetivo, tales como la satisfacción con la vida, el afecto positivo y baja frecuencia de afecto negativo y un factor de síntomas de ansiedad y depresión comórbidos, de manera que ambos factores más generales se relacionaran negativamente entre sí; 2) por otro lado, nuestra segunda hipótesis hace referencia a la ansiedad y la depresión por separado se relacionaran positivamente con el factor general de síntomas de ansiedad y depresión comórbidos y negativamente con el bienestar subjetivo, así mismo el afecto positivo, el afecto negativo infrecuente y satisfacción con la vida se relacionaron con el bienestar subjetivo y negativamente con síntomas de ansiedad y depresión comórbidos, 3) nuestra tercera hipótesis plantea que la preocupación rasgo, la evitación experiencial, las estrategias de regulación emocional cognitivas menos adaptativas y la procrastinación se relacionará positivamente con los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos, y negativamente con bienestar subjetivo, todo lo contrario sería la resistencia al malestar y las estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas; 4) una cuarta hipótesis teniendo en cuenta los cuatro subgrupos de síntomas de ansiedad y depresión comórbidos y de bienestar subjetivos creados, se encontrarán diferencias entre los cuatro grupos en

las variables evaluadas, situándose esas diferencias entre los grupos con problemas, síntomas y vulnerable frente al grupo de salud.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra es de 290 personas adultas de Canarias con una media de edad de 28,57 años ( $Dt = 12,02$ ), que va desde los 18 hasta los 68 años y una moda de 21. Un 55,2% eran mujeres y el 44,8% hombres. En lo que se refiere al nivel de estudios, un 4,5% tenían estudios primarios, el 47,9% estudios medios, un 18,6% eran diplomadas y un 29,0% eran licenciadas. En relación con su situación laboral un 54,5% estudian y no trabajan, un 31,4% tienen un trabajo remunerado, 11,4% están en paro y un 2,8% están jubilados. Con respecto al estado civil, el 61,7% están solteras, un 32,1% están casadas o en pareja, el 6,2% se encuentran divorciadas o separadas.

### *Instrumentos*

*La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)* (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta escala evalúa dos dimensiones, el afecto positivo y el afecto negativo. La persona debe indicar cómo se siente durante la última semana, utilizando 10 adjetivos para cada uno de ellos. Se emplea una escala tipo Likert desde 1 a 5 puntos (1= “totalmente en desacuerdo”, 5= “totalmente de acuerdo”). Muestra una adecuada consistencia interna, con índices entre .87 y .89 para el afecto positivo y .84 y .89 para el afecto negativo (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999).

*Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS21)* (*Depression, Anxiety, Stress Scales*), de Lovibond y Lovibond (1995). Se trata de un instrumento que mide los síntomas actuales (“durante la semana pasada o últimos siete días”) de depresión y ansiedad. Se emplea solo los 14 ítems que avalúan ansiedad y depresión. Está formado por dos escalas, cada una de las cuales contiene siete ítems. La consistencia interna del total de la escala es de .95 y fiabilidad test-retest de .55.

*El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ)* de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Es una escala de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de .93 y la consistencia interna de .95. De los 16 ítems del cuestionario, cinco están

redactados de manera inversa, y estos con frecuencia, atendiendo a algunos autores, afectan negativamente las propiedades psicométricas de escala y han argumentado en contra de incluir esos elementos en escala desarrollo (Rodebaugh, Woods, Heimberg, 2007). Es por ello por lo que se empleó una versión de 11 ítems.

*El MEAQ (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire, Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial)* de Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero y Watson, (2011) es un cuestionario de 62 ítems que evalúa de forma multidimensional la evitación experiencial. Para esta investigación se emplearon los 11 ítems que evalúan resistencia al malestar, referido a comportamiento efectivo frente al malestar; p. ej.: "estoy dispuesto a sufrir por las cosas que me importan" "continuar hacia las metas, incluso si tengo dudas", "voluntad de sufrir por cosas que me importan", "no se rendirá cuando las cosas se pongan difíciles". Su coeficiente de consistencia interna oscila entre .80 a .82. Y los diez ítems que evalúan procrastinación, haciendo referencia a posponer o dilatar las cosas desagradables que deben realizar. Se responde según una escala tipo Likert de seis alternativas de respuestas que van de 1 = Muy en Desacuerdo a 6= Muy de acuerdo. Su coeficiente de consistencia interna es de .85.

*El Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, de Garnefski y Kraaij, 2006)* es un cuestionario de 18 ítems y evalúa las mismas estrategias que la versión original, con la única diferencia de que en este último hay solo dos ítems por cada escala (CERQ-36, Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001). Dichas escalas son: la autoinculpación ( $\alpha = .68$ ), la aceptación ( $\alpha = .73$ ), la rumia ( $\alpha = .79$ ), la reorientación positiva ( $\alpha = .80$ ), centrarse en la planificación ( $\alpha = .79$ ), el reenfoque positivo ( $\alpha = .81$ ), la puesta en perspectiva ( $\alpha = .79$ ), el catastrofismo ( $\alpha = .81$ ) y el culpar a los demás ( $\alpha = .77$ ). Para esta investigación empleamos los factores generales de estrategias adaptativas, como la aceptación, la reorientación positiva, centrarse en la planificación, el reenfoque positivo y la puesta en perspectiva, así como las menos adaptativas como la autoinculpación, el catastrofismo y el culpar a los demás (Garnefski y Kraaij, 2006).

*La Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). La SWLS evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. La traducción de esta escala de 5 ítems fue realizada por expertos nativos de ambas lenguas. La versión utilizada en el presente estudio está

compuesta por cinco ítems con cinco alternativas de respuesta que oscilan entre 1 y 5, donde 1 = «totalmente en desacuerdo», y 5 = «totalmente de acuerdo». La consistencia interna de la versión española de SWLS es muy buena (Alpha de Cronbach=.84) (Atienza et al., 2000).

*El cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II, Acceptance and Action Questionnaire-II) (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole et al., 2011).* Este cuestionario es una medida general de la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Consta de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de siete puntos, donde 1 = nunca verdad y 7 = siempre verdad. Su coeficiente de consistencia interna oscila entre .75 y .93.

### *Procedimiento*

El proyecto de investigación realizado por profesores del Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna colabora con los alumnos de último curso en la tutorización del trabajo de fin de grado. Para ello, se le solicita a cada estudiante la recopilación de un total de 20 personas de su entorno. En el correo electrónico se presentan unas instrucciones previas que incluyen, la información correspondiente al objetivo de la investigación, quiénes la dirigen, un teléfono de contacto, al igual que se realiza la protección de los datos demográficos que se solicitan, junto con el agradecimiento por la participación. Para la facilitación de la cumplimentación de las pruebas los participantes pueden elegir entre dos protocolos, en el primero se ejecuta la batería sin pausas, cuya media de duración es de 40 minutos; y en el segundo, se da la opción de realizarla en dos partes de 20 minutos cada una.

### *Análisis estadísticos de los datos*

Para el cálculo de la validez de constructo de las variables de síntomas de ansiedad y depresión comórbidos y bienestar subjetivo, y con ello se contrasta la primera hipótesis de nuestro trabajo, se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE) mediante la extracción de factores principales con rotación Promax, y .30 como el criterio mínimo de saturación teniendo en cuenta los 20 ítems del PANAS, los 14 ítems del DASS y los cinco ítems de satisfacción con la vida. En el caso del PANAS, la frecuencia autoinformada de afecto positivo durante los últimos siete días se calificaron de manera directa, de modo que las puntuaciones más altas indicaron un afecto positivo más frecuente (AP). La

frecuencia de afecto negativo (AN) autoinformada durante los últimos siete días se calificaron de manera inversa, de modo que las puntuaciones más altas indicaron un afecto negativo más frecuente. Teniendo en cuenta lo anterior, en relación con el Bienestar Subjetivo, se calculó una medida compuesta de este último sumando las puntuaciones estandarizadas para Satisfacción con la vida, Afecto positivo y Afecto negativo, donde las puntuaciones más altas indicaron niveles más altos de Bienestar Subjetivo.

Se realiza la validez convergente y discriminante, mediante el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson, que trata de establecer las relaciones entre las variables psicopatológicas, como ansiedad, depresión y afecto negativo, y de estas últimas con satisfacción con la vida, afecto positivo y resistencia al malestar.

Otro tipo de estrategia fue la formación de la muestra según los siguientes grupos criterios. Estos grupos se crearon atendiendo a la variable de psicopatología, que se constituyó mediante la suma de ansiedad, depresión, y afecto negativo, y bienestar, formado por afecto positivo, satisfacción con la vida y resistencia al malestar. Los grupos fueron: 1) Salud mental completa, que hace referencia a las personas con bienestar medio/alto (percentil  $> 60$ ) y psicopatología baja (percentil  $< 30$ ); 2) Vulnerable referido a personas con bajo bienestar (percentil  $< 30$ ) y baja psicopatología (percentil  $30$ ); 3) Sintomático pero contento bienestar medio/alto (percentil  $>60$ ) y alta psicopatología (percentil  $> 60$ ); y 4) Problemas, referidos a bajo bienestar y alta psicopatología (percentil  $< 30$ , y  $>60$ ). Una vez constituido este grupo se realizó un MANOVA con el método Bonferroni, para contrastar la existencia de diferencias entre los grupos, y contrastar la cuarta hipótesis planteada. En los análisis, aplicamos valores de  $p < .05$  como el nivel mínimo de significación estadística.

## **Resultados**

Se realiza un análisis factorial exploratorio mediante la extracción de factores principales con rotación promax y saturación mayor o igual que  $.30$ . Tal y como se observa en la Tabla 1, se aíslan cuatro factores que explican un  $64,4\%$  de la varianza, y que hemos denominado síntomas de ansiedad y depresión comórbidos, constituido por las variables de ansiedad y depresión, el segundo factor lo hemos denominado afecto

negativo, el tercero afecto positivo y el cuarto satisfacción con la vida. Atendiendo a los resultados correlacionales, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), en el que se analizó el Índice Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .859$ ,  $GL, 55$ ;  $p \leq .001$ ). Estos resultados se consideraron apropiados para la realización de un análisis factorial exploratorio. Se realizó el Scree Tests de Catell (1966) y el Análisis Paralelo de Horn (1969) que sugerían la retención de cuatro factores.

Tabla 1  
Análisis factorial exploratorio sobre factores principales. (n = 290)

	ANDEP	AN	AP	SAV	h <sup>2</sup>
DASS9	.84				.64
DASS14	.78				.53
DASS13	.76				.53
DASS7	.74				.59
DASS11	.70				.56
DASS6	.69				.41
DASS12	.67				.36
DASS3	.66				.50
DASS2	.58				.41
DASS8	.57				.62
DASS10	.56				.37
DASS5	.55				.37
DASS4	.53				.38
DASS1	.40				.14
PANAS15		.75			.53
PANAS11		.74			.50
PANAS4		.73			.44
PANAS18		.73			.56
PANAS2		.69			.52
PANAS20		.66			.63
PANAS7		.57			.43
PANAS8		.48			.34

PANAS6		.38		.40
PANAS13		.30		.21
PANAS16			.77	.57
PANAS9			.72	.58
PANAS14			.67	.40
PANAS10			.67	.58
PANAS17			.66	.45
PANAS19			.65	.46
PANAS1			.63	.52
PANAS12			.60	.40
PANAS3			.55	.29
PANAS5			.43	.19
SWLS3			.99	.94
SWLS1			.97	.92
SWLS4			.75	.62
SWLS2			.73	.51
SWLS5			.55	.37
V.P.	11.00	5.21	2.38	2.21
% V.E.	28.21	13.13	6.11	5.67
% V.T.	28.21	41.34	47.45	53.12

Nota: V. P.= Valor propio; %V.E. = Varianza explicada; %V. T = Varianza total; ANDEP = Síntomas de ansiedad y depresión comórbidos; AN = Afecto negativo; AP = Afecto positivo; SAV = satisfacción con la vida

*Coefficientes de correlación (r de Pearson) entre variables de síntomas, satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo*

Como se observa en la Tabla 2, la ansiedad y la depresión se relacionan de forma muy elevada con los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos al igual que con depresión y algo más baja con afecto negativo, por el contrario, se relaciona negativamente con la satisfacción con la vida y el afecto positivo. La depresión se relaciona negativamente con el afecto positivo y satisfacción con la vida, y negativamente

con afecto positivo. El afecto negativo muestra relaciones con afecto negativo y satisfacción con la vida, y esta se relaciona con AN.

En cuanto a la consistencia interna (Alfa de Cronbach), se puede observar que todas las variables obtienen coeficientes  $\geq$  a .80, y algo más baja para la satisfacción con la vida, que es de .76.

Tabla 2

Coeficientes de correlación entre las variables evaluadas y coeficientes de consistencia interna

	ANS	DEP	AP	AN	SAV	AD	BIEN
ANS		,77***	-,19***	,54***	-,30***	.95***	-.50***
DEP			-,37***	,59***	-,42***	.95***	-.67***
AP				,15*	,41***	-.30***	.71***
AN					,23***	-.60***	.70***
SAV						-.38***	.73***
$\alpha$	.82 (7)	.88 (7)	.84 (10)	.88 (10)	.76 (5)	.92 (14)	.88 (25)

**Nota.**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach; SAV = satisfacción con la vida; AP = Afecto positivo; AN = Afecto negativos; AP = Afecto positivo; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión; ANDEP = Síntomas de ansiedad y depresión comórbidos; Bien = Bienestar subjetivo; Entre paréntesis () es en número de items; \*\*\*  $\leq$  .001; \*  $\leq$  .05

*Coeficientes de correlación (r de Pearson) entre variables psicopatológicas y bienestar subjetivo*

En la Tabla 3 se observa que la tendencia a la preocupación se relaciona por encima de .40 con evitación experiencial, estrategias de regulación emocionales cognitivas menos adaptativas y con síntomas de ansiedad y depresión comórbidos. Por el contrario, no muestra relaciones con resistencia al malestar y con estrategias de regulación emocionales cognitivas adaptativas.

El bienestar subjetivo mantiene correlaciones estadísticamente positivas con resistencia al malestar y estrategias de regulación emocionales cognitivas adaptativas, mientras que las relaciones son significativamente negativas con la tendencia a la preocupación, la resistencia al malestar, las estrategias de regulación emocional cognitivas menos adaptativas, procrastinación y síntomas de ansiedad y depresión comórbidos. Por el contrario, los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos son opuestos al bienestar subjetivo.

En relación con los coeficientes de consistencia interna, se sitúan entre .91 y .92, para procrastinación y síntomas de ansiedad y depresión comórbidos. El resto de los factores oscilan entre .7 y .89.

Tabla 3

Coeficientes de correlación entre los contenidos cognitivos y bienestar y comorbilidad (N= 290)

	AAQ-II	RESMAL	CERQA	CERQM	PROCAS	ANDEP	BIEN
PSWQ	.53***	.01	-.03	.45***	.31***	.43***	-.46***
AAQ-II		-.04	-.06	.32***	.30***	.34***	-.42***
RESMAL			.25***	-.07	-.06	-.17**	.20***
CERQA				.19***	.02	-.12*	.30***
CERQM					.18**	.38***	-.35***
PROCAS						.27***	-.26***
ANDEP							-.61***
$\alpha$	.70(10)	.89 (11)	.83 (10)	.75 (8)	.91 (11)	.92 (14)	.88 (25)

AAQ = Evitación experiencial; RESMAL= Resistencia al malestar; CERQA = estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas; CERQM = estrategias de regulación emocional cognitivas menos adaptativas; PROCAS = procrastinación; BIEN = Bienestar; ANDEP = Síntomas de ansiedad y depresión comórbidos; PSWQ= Preocupación rasgo; \*  $\leq .05$ , \*\*  $\leq .01$ , \*\*\*  $\leq .001$

#### *Frecuencia y porcentajes (%) entre los grupos constituidos*

Tal y como se ha mencionado, hemos creado cuatro grupos y deseamos conocer el porcentaje de personas en cada uno de ellos. Así, en la Tabla 4 se observan esos porcentajes, donde el grupo de salud completa lo conforman un 44,2% de personas de la muestra, seguido del sintomático y problemas, y, por último, el grupo vulnerable con un porcentaje del 10.1%.

Tabla 4

Frecuencia de personas en cada una de los grupos constituidos

	Frecuencia	Porcentaje válido
SALUD	96	44,2
VULNERABLE	22	10,1
SINTOMÁTICO	33	15,2
PROBLEMAS	66	30,4
Total	217	100,0

#### *Análisis de Manova con método Bonferroni ( $p \leq .05$ ) de los grupos creados con pensamiento repetitivos negativos*

En cuanto a los descriptivos de los cuatro grupos formados, tales como salud (G1), vulnerable (G2), sintomático (G3) y problemas (G4), se puede observar en la Tabla 5 que en la tendencia a la preocupación los grupos sintomáticos y con problemas obtienen una media más elevada en la preocupación rasgo que los grupos de salud y vulnerable, pero

este último también puntúa más elevado que el de salud. En lo que se refiere al factor de evitación experiencial al igual que la preocupación rasgo los grupos con problemas y sintomáticos obtienen puntuaciones medias más elevadas que el grupo vulnerable y de salud. Para el factor de procrastinación se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo con problemas y de salud, puntuado más elevado en el primer grupo. En cuanto a las estrategias de regulación emocional cognitivas, las más adaptativas son empleadas por las personas con más salud y las que tienen síntomas, que las personas con problemas. En cuanto a las menos adaptativas, las emplean más las personas con problemas y sintomáticos que los que se caracterizan por una salud completa, aunque estas últimas diferencian también a las personas vulnerables de las que tienen problemas.

El grupo de salud completa, frente al grupo con problemas, obtienen puntuaciones medias más elevadas en resistencia al malestar, satisfacción con la vida, afecto positivo y estrategias de regulación emocional adaptativas. Para el grupo con problemas frente al sintomáticos los primeros obtiene puntuaciones medias más elevadas en la preocupación rasgo, evitación experiencial, afecto negativo, ansiedad y depresión. Los grupos con problemas y sintomáticos puntúan más que el grupo de salud en preocupación rasgo, ansiedad, depresión y estrategias de regulación emocional menos adaptativas. Si tenemos en cuenta el grupo vulnerable y el grupo de salud, dos factores los diferencian, la preocupación rasgo y la evitación experiencial.

Tabla 5  
Manova de un factor entre los grupos de salud (método Bonferroni).

	G1 (Salud)		G2 (Vulnerable)		G3 (Sintomático)		G4 (Problemas)		F	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt		
PSWQ	26,1	8,7	29,2	8,7	31,0	8,2	37,2	9,5	20,5***	2>1 4,3>1,2
AAQ	31,2	6,4	39,3	9,9	35,6	8,3	40,1	8,7	18,43***	2,3,4>1 4<3
PROC	33,8	11,9	40,1	11,8	39,8	12,9	43,6	11,1	9,5***	4>1
CERQM	18,4	5,3	20,4	6,3	22,3	5,3	24,4	5,6	15,9***	3,4>1; 4>2
CERQA	36,2	7,1	33,7	8,4	36,7	6,3	32,6	7,4	4,1**	1,3 >4
RESMAL	53,5	7,5	51,9	9,1	54,0	7,9	49,6	10,5	3,0*	1,3 >4
SAV	25,8	5,5	19,3	4,6	26,5	5,3	18,6	6,7	25,4***	1,3>2,4
AP	33,6	5,2	23,9	6,0	34,3	7,2	25,3	6,4	36,4***	3,1>2,4
AN	15,9	4,3	22,0	7,4	22,6	6,8	31,9	7,5	68,3***	4>1,2,3 3>1;
ANS	.48	.67	.25	.46	7.80	3.19	9.33	4.37	32.23***	3,4>1,2 4>1,2,3
DEP	.42	.64	.25	.70	7.97	3.54	10.6	3.89	118.5***	3,4>1,2 4>1,2,3 4>3

PSWQ = preocupación rasgo, AAQ = Evitación experiencial; RESMAL= Resistencia al malestar; CERQA = Estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas; PROC= procrastinación; CERM = Estrategias

de regulación emocional cognitivas menos adaptativas; SAV = satisfacción con la vida; AP = Afecto positivo; AN = Afecto negativo; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión; \*  $\leq .05$ , \*\*  $\leq .01$ , \*\*\*  $\leq .001$

## **Discusión**

En este trabajo nos propusimos constatar el Modelo de Factor Dual de Salud Mental (Furlong et al., 2014; Greenspoon y Saklofske, 2001; Keyes, 2005; Wang, Zhang, y Wang, 2011; Wood y Johnson, 2016, Wood y Tarrrier, 2010) y el modelo tripartito del bienestar subjetivo (Diener, 1984; Pavot y Diener, 2013).

En relación con el Modelo de Factor Dual de Salud Mental, frente al modelo de salud mental tradicional, afirma que no es posible el estudio de lo positivo o lo negativo de manera aislada, sino que se deben de situar en un continuo, donde las personas varíen a lo largo del mismo. Nuestros resultados confirman que el Modelo de Factor Dual se sobrepone al modelo tradicional en salud mental, al encontrarse una relación negativa y estadísticamente significativa entre síntomas de ansiedad y depresión comórbidos y bienestar subjetivo, resultado contrario a la consideración de la unidimensionalidad que proponían el modelo de salud mental tradicional. Por lo que se confirma nuestra primera hipótesis al constatar las relaciones negativas entre bienestar subjetivo y psicopatología (Furlong et al., 2014; Magalhaes y Calheiros, 2017; Wang, Zhang y Wang, 2011; Wood y Tarrrier, 2010; Westerhof y Keyes, 2010; Wood y Johnson, 2016). Se confirma la segunda parte de nuestra primera hipótesis, que se refería al modelo tripartito del bienestar que se contrasta, pues el bienestar está constituido por la satisfacción con la vida, el afecto positivo y la baja frecuencia del afecto negativo (Pavot y Diener, 2013).

También se confirma nuestra segunda hipótesis, donde las variables de ansiedad, depresión se relacionan positivamente entre sí, al igual que las variables de bienestar de afecto positivo, satisfacción con la vida y afecto negativo infrecuente, donde el afecto positivo, el afecto negativo infrecuente y la satisfacción con la vida se relacionan con el bienestar subjetivo y negativamente con síntomas de ansiedad y depresión comórbidos (Busseri, 2018; Jovanović, 2015).

También nuestros resultados corroboran la tercera hipótesis planteada, donde la resistencia al malestar y las estrategias de regulación emocionales cognitivas adaptativas se relacionan positivamente con el bienestar subjetivo, al estar relacionado positivamente con satisfacción con la vida y el afecto positivo (Gámez et al., 2014) y negativamente con los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos. Por otro lado, la preocupación rasgo,

la evitación experiencial y la procrastinación se relacionan negativamente con el bienestar subjetivo y positivamente con los síntomas de ansiedad comórbidos atendiendo a los estudios revisados (Segerstrom, Eisenlohr-Moul, Evans, y Ram, 2015; Seow et al., 2016; Westerhof y Keyes, 2010).

En relación con los grupos constituidos se confirma la cuarta hipótesis, pues se constató que los grupos con problemas y sintomáticos, frente al grupo de salud obtienen puntuaciones medias más elevadas en preocupación rasgo, la evitación experiencial, las estrategias de regulación emocionales cognitivas menos adaptativas, ansiedad y depresión. Así mismo los grupos sintomáticos y salud obtienen puntuaciones medias más elevadas que el grupo vulnerable en satisfacción con la vida, afecto positivo, resistencia al malestar y estrategias de regulación adaptativas. Por otro lado, el grupo vulnerable obtiene puntuaciones medias más elevadas que el grupo de salud en preocupación rasgo y la evitación experiencial, convirtiéndose éstas, junto con el afecto negativo los constructos más transdignósticos entre los cuatro grupos.

Por otro lado, el único porcentaje que coincide con los estudios revisados es el 14.1% de las personas vulnerables, que se sitúa entre el 8% y 19% encontrado en otro estudio (Renshaw y Cohen, 2014). Sin embargo, los porcentajes son más bajos, pues nosotros encontramos un 35,9% de personas con salud, 29,9% sintomático y 20,0% con problemas, frente a los 57% y 78% con salud y 8 a 17% con problemas en un estudio revisado (Roth et al., 2017).

La distinción entre el modelo tradicional y el Modelo de Factor Dual consiste en que el segundo aporta la formación de cuatro grupos a lo largo de un continuo. Estos cuatro grupos se confirman en los resultados descritos, coincidiendo con estudios previos, así como porcentajes muy similares a los estudios revisados (Magalhaes y Calheiros, 2017; Suldo y Shaffer, 2008; Suldo, Thalji y Ferron, 2001).

Esta aportación reafirma lo encontrado en nuestro estudio. Por lo que, no se puede ceñir la investigación a los extremos de psicopatología y bienestar psicológico debido a que se excluiría de forma errónea a parte de la población, o se les etiquetaría de la misma forma como se puede observar en los resultados obtenidos analizando la distribución clara de la población en los diferentes grupos conformados.

Algunas limitaciones y trabajos futuros se proponen, como, tras la revisión bibliográfica y los resultados obtenidos surge la necesidad de estudiar las diferencias entre los cuatro grupos (salud, vulnerable, sintomático y problemas) sobre distintos aspectos como nivel de estudios, situación laboral, estado civil, y haber recibido o no ayuda psicológica.

## Referencias

- Atienza, F. L., Balaguer, I., Garcia-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1255–1260.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.
- Busseri, M. A. (2018). Examining the structure of subjective well-being through meta-analysis of the associations among positive affect, negative affect, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 122, 68–71.
- Carr, A. (2011). *Positive psychology: The Science of Happiness and human Strengths* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Routledge.
- Davies, D. y Bhugra, D. (2008). *Models of psychopathology*. Beijing: Peking University Medical Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Diener, E. D., Emmons, R., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34.
- Diener, E., Lucas, R. E., y Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *Handbook of positive psychology*, 2, 63-73.
- Doll, B. (2008). The Dual-Factor Model of Mental Health in Youth. *School Psychology Review*, 37, 69-73.
- Ehring, T. y Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(3), 192–205.
- Furlong, M. J., You, J., Renshaw, T. L., Smith, D. C., O'Malley, M. D. (2014). Preliminary development and validation of the Social and Emotional Health

- Survey for Secondary School Students. *Social Indicators Research*, 117(3), 1011–1032.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., y Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., y Watson, D. (2014). The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological assessment*, 26(1), 35.
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053. doi: 10.1016/2006.04.010
- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Greenspoon, P. J., y Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81-108 doi:10.1023/A:1007219227883.
- Jovanović, V. (2015). Beyond the PANAS: Incremental validity of the scale of positive and negative experience (SPANES) in relation to well-being. *Personality and Individual Differences*, 86, 487–491.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M., y López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., y van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 15(3), 181-192.

- Kuppens, P., Realo, A., y Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 66.
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Magalhaes, E., y Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review*, 79, 442-449.
- Meyer, T., Miller, M., Metzger, R. y Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Oramas Viera, A., Santana López, S., y Vergara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de salud y Trabajo*, 7 (1-2), 34-39.
- Pavot, W. y Diener, E. (2013). *Happiness experienced: The science of subjective wellbeing*. En S. A. David, I. Boniwell y A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 134-151). New York, NY: Oxford University Press.
- Renshaw, T. L., y Cohen, A. S. (2014). Life satisfaction as a distinguishing indicator of college student functioning: Further validation of the two-continua model of mental health. *Social Indicators Research*, 117(1), 319-334. doi.org/10.1007/s11205-013-0342-7.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., y Heimberg, R. G. (2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy*, 38(2), 192-206.
- Roth, R. A., Suldo, S. M., y Ferron, J. M. (2017). Improving middle school students' subjective well-being: Efficacy of a multicomponent positive psychology intervention targeting small groups of youth. *School Psychology Review*.
- Ruiz, F. J., y Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21(3).
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M.

- (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*(1), 37-51.
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid, y R. J. Larsen (Eds.). *The science of subjective well-being* (pp. 97–123). New York, NY: Guilford Press.
- Segerstrom, S. C., Eisenlohr-Moul, T. A., Daniel R. Evans, D. R., y Ram, N. (2015). Repetitive thought dimensions, psychological well-being, and perceived growth in older adults: a multilevel, prospective study. *Anxiety, Stress and Coping*, *28*(3), 287-302.
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied psychology*, *57*, 3-18.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, *10*(1), 26.
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., ... Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 499–507.
- Suldo, S. M., y Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, *37*(1), 52–68.
- Suldo, S., Thalji, A., y Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual factor model. *Journal of Positive Psychology*, *6*(1), 17–30. doi.10.1080/17439760.2010.536774.
- Wang, X., Zhang, D., y Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, *2*(8), 767–772. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.28117>.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063-1070.
- Westerhof, G. J., y Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*(2), 110–119. doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y.
- Wood, A. M., y Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 819-829.

Wood, A. M. y Johnson, J. (Eds.) (2016). *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. John Wiley Sons, Ltd. UK.

World Health Organization. (2001). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.