

# Afectividad, síntomas somáticos y dolor psicológico como dimensiones del bienestar: un modelo de senderos en estudiantes universitarios chilenos

Mauricio González-Arias, Javiera Barraza Panta, Paula Barrientos Yáñez, Hedbenhard Contreras-Díaz, Eliana Marín Jara y Bárbara Martínez Reyes  
*Universidad de La Serena, Chile*

---

Con el objetivo de evaluar el ajuste de un modelo teórico para explicar el Bienestar Mental a partir de la Afectividad Positiva y Negativa, los Síntomas Somáticos y el Dolor Psicológico, participaron voluntariamente 260 estudiantes universitarios/as de Chile, quienes respondieron las Escalas EBMWE, PANAS, SSS-8 y MBPPAS. Se utilizó la técnica estadística multivariada de Análisis de Senderos y los resultados indicaron que el Bienestar Mental es explicado por relaciones directas con el Afecto Positivo, Afecto Negativo y el Dolor Psicológico. Los Síntomas Somáticos tendrían un efecto indirecto a través del Afecto Negativo y del Dolor Psicológico. Se concluye que las variables del modelo explican el 72% de la varianza del Bienestar Mental.


*Palabras clave:* bienestar mental, dolor psicológico, afectividad, síntomas somáticos


## **Affectivity, Somatic Symptoms and Psychological Pain as dimensions of Well-Being: A Pathways Model in Chilean university students**

In order to evaluate the fit of a theoretical model to explain Mental Well-being from Positive and Negative Affect, Somatic Symptoms and Psychological Pain, 260 university students from Chile participated voluntarily, who answered the EBMWE, PANAS, SSS-8 and MBPPAS scales. The multivariate statistical technique of Path Analysis was used and the results indicated that Mental Well-Being is explained by direct relationships with Positive Affect, Negative Affect and Psychological Pain. Somatic Symptoms would have an indirect effect through Negative Affect and Psychological Pain. It is concluded that the variables of the model explain 72% of the variance of Mental Well-being.

*Keywords:* mental well-being, psychological pain, affectivity, somatic symptoms

Mauricio González-Arias  <https://orcid.org/0000-0003-2321-4717>

Javiera Barraza Panta  <https://orcid.org/0000-0002-5684-1234>

Paula Barrientos Yáñez  <https://orcid.org/0000-0002-5333-7753>

Hedbenhard Contreras-Díaz  <https://orcid.org/0000-0002-2497-2862>

Eliana Marín Jara  <https://orcid.org/0000-0003-3831-0162>

Bárbara Martínez Reyes  <https://orcid.org/0000-0003-4978-6262>

Toda correspondencia debe ser dirigida a Mauricio González Arias, Avenida Juan Cisternas 1200, La Serena, Chile. Email: [gonzalez@userena.cl](mailto:gonzalez@userena.cl)



**Afetividade, Sintomas Somáticos e Dor Psicológica como dimensões do Bem-estar: Um Modelo de Caminhos em estudantes universitários chilenos**

Com o objetivo de avaliar a adequação de um modelo teórico para explicar o Bem-estar Mental com base nos Afeitos Positivos e Negativos, nos Sintomas Somáticos e na Dor Psicológica, 260 estudantes universitários do Chile participaram voluntariamente e responderam às escalas EBMWE, PANAS, SSS-8 e MBPPAS. Foi utilizada a técnica estatística multivariada da Análise de Trajetória e os resultados indicaram que o Bem-estar Mental é explicado por relações diretas com o Afeito Positivo, o Afeito Negativo e a Dor Psicológica. Os Sintomas Somáticos teriam um efeito indireto através do Afeito Negativo e da Dor Psicológica. Conclui-se que as variáveis do modelo explicam 72% da variância do Bem-estar Mental.

*Palavras-chave:* bem-estar mental, dor psicológica, afetividade, sintomas somáticos

**Affectivité, Symptômes Somatiques et Douleur Psychologique en tant que dimensions du Bien-être: un Modèle de Cheminement chez les étudiants universitaires chiliens**

Afin d'évaluer l'adéquation d'un modèle théorique d'explication du bien-être mental basé sur l'affect positif et négatif, les symptômes somatiques et la douleur psychologique, 260 étudiants universitaires chiliens ont participé volontairement et ont répondu aux échelles EBMWE, PANAS, SSS-8 et MBPPAS. La technique statistique multivariée de l'analyse des chemins a été utilisée et les résultats indiquent que le bien-être mental s'explique par des relations directes avec l'affect positif, l'affect négatif et la douleur psychologique. Les symptômes somatiques auraient un effet indirect par le biais de l'affect négatif et de la douleur psychologique. Il est conclu que les variables du modèle expliquent 72 % de la variance du bien-être mental.

*Mots-clés:* bien-être mental, douleur psychologique, affectivité, symptômes somatiques

---

El estudio y la promoción del bienestar mental se ha convertido en un desafío global, debido a sus beneficios en múltiples ámbitos de la vida de las personas (Boehm y Kubzansky, 2012; Castro, 2009; Govorova et al., 2020; Joing et al., 2020; Tobia et al., 2019). Al respecto, quienes tienen una mayor percepción de bienestar tienen una mejor salud en general, un mejor desempeño social y laboral y están más comprometidos con el bienestar de los demás (Cárdenas et al., 2022; O'Brien y O'Shea, 2017; Gargiulo y Stokes, 2009; Price y McCallum, 2016). Sin embargo, aunque, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que se trata de un concepto multidimensional, aún no hay una comprensión clara respecto de su naturaleza (Danker et al., 2019; Lee et al., 2021; Soutter et al., 2014; Svane et al., 2019) y sobre cuáles son los dominios apropiados para investigarlo. Además, no está claro en qué medida estos dominios son los mismos en diferentes grupos etarios y en contextos diferentes (escolar, laboral, clínico, culturales, etc.), lo que disminuye el alcance de las diferentes investigaciones y el desarrollo, la implementación y la evaluación de programas de intervención (Hossain et al., 2023; Orth et al., 2022).

El concepto de bienestar se ha fundamentado básicamente sobre dos visiones filosóficas distintas: las perspectivas hedónica y eudaimónica (Gentzler et al., 2021; Ryff, 2019; Ryff et al., 2021; Witten et al., 2019). La primera conceptualiza el bienestar en función de qué tan bien se siente la persona y se enfoca tanto en el ámbito cognitivo como en el afectivo (Keyes y Annas, 2009). El dominio cognitivo aborda la satisfacción con la vida, mientras que el dominio afectivo involucra al afecto positivo (p. ej., alegría) y a la ausencia de afecto negativo (p. ej., ansiedad). La segunda perspectiva conceptualiza al bienestar como un buen funcionamiento a través de diferentes ámbitos como el sentido de la vida, las relaciones con los demás y con el entorno (Thorsteinsen y Vittersø, 2018). Cómo ninguna de estas dos perspectivas ha logrado

capturar de manera integral la naturaleza compleja del bienestar, en las distintas investigaciones publicadas se han utilizado modelos que se diferencian en el tipo y cantidad de dominios considerados relevantes (Lee et al., 2021). Y también, entre la variedad de dominios, muchos de ellos utilizan etiquetas diferentes para referirse a conceptos similares o cercanos.

En una revisión sistemática de investigaciones sobre el bienestar en el contexto escolar, Hossain et al. (2023) encontraron que se repetían básicamente cuatro enfoques para conceptualizar el bienestar: hedónicos, eudaimónicos, integradores (es decir, combinando tanto hedónicos como eudaimónicos) y otros basados en diferentes teorías sobre las necesidades psicológicas. Los estudios desde la perspectiva hedónica adoptaron principalmente la teoría del bienestar subjetivo de Diener (1984) y los investigadores definieron el bienestar como la evaluación subjetiva, cognitiva y positiva de la vida, en este caso en el ámbito escolar, que surge de la presencia de sentimientos positivos como la felicidad y la ausencia de sentimientos negativos como la preocupación. Los estudios desde la perspectiva eudaimónica siguieron principalmente a Ryff (1989) y conceptualizaron el bienestar como un funcionamiento efectivo en un contexto específico, en este caso, el contexto escolar. Esta teoría conceptualiza el bienestar como un fenómeno psicológico que comprende las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Sin embargo, es necesario señalar que hasta la fecha no existe suficiente respaldo empírico para esta estructura dimensional, lo que se abordará más adelante.

Siguiendo con la revisión realizada por Hossain et al. (2023), desde la perspectiva integradora, los investigadores combinaron puntos de vista hedónicos y eudaimónicos. Esto implica una mayor heterogeneidad respecto de la definición de bienestar que adoptaron y los indicadores que seleccionaron para medirlo. En este contexto, se ha utilizado también la teoría PERMA sobre el florecimiento humano de Seligman (2018), que considera cinco indicadores tales como: emoción positiva (P), compromiso (E), relaciones (R), significado (M) y logro

(A) (el acrónimo se deriva de las palabras en inglés). Finalmente, en la cuarta categoría, que es la menos frecuente, los investigadores adoptan el enfoque de satisfacción de necesidades y definen el bienestar como un estado que resulta de la satisfacción de estas. Sin embargo, la especificación de cuáles son las necesidades básicas depende del enfoque teórico en particular, por ejemplo, las necesidades de tener, amar y ser (Allardt, 2003), la teoría del Reconocimiento que conceptualiza el bienestar de los estudiantes en términos de tres aspectos del reconocimiento: cuidados, respeto y valoración (Anderson y Graham, 2016), o la Teoría de la Autodeterminación que propone que las necesidades psicológicas básicas son: autonomía, relaciones y competencia. Esta última teoría ha ido acumulando un amplio respaldo empírico a través de los años (Decy y Ryan, 1985; Ryan y Deci, 2000; 2020; Tang et al., 2021) y más adelante se abordará con más detalle.

En el citado estudio de Hossain et al. (2023), sobre el bienestar en el contexto escolar, también se analizaron los dominios utilizados en diferentes investigaciones, con independencia de su perspectiva teórica y metodológica, y encontraron un total de 112 dominios diferentes. Sin embargo, considerando que muchos términos utilizados para referirse a los dominios parecían hacer referencias a ideas similares, los clasificaron y redujeron a 8 categorías más generales que fueron: emoción positiva, falta de emoción negativa, relaciones, compromiso, logro, un sentido de propósito, factores intrapersonales/internos y factores contextuales/externos. Es notable la claridad con la que aparecen tres tipos de dimensiones: La dimensión afectiva, las que se relacionan con la satisfacción de necesidades psicológicas básicas (Relaciones, compromiso, logro, propósito) y las que se relacionan con los recursos personales y del entorno.

Por otro lado, en un estudio reciente en España, Blasco-Belled y Alsinet (2022) abordaron el problema de la falta de consistencia en los resultados sobre la estructura interna de las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico (PWBS; Ryff, 1989) basada en la noción eudaimónica de que el bienestar proviene de la realización del potencial humano. Los análisis estadísticos se basaron en los modelos

de redes, que proponen que las variables psicológicas están conectadas y se refuerzan entre sí, formando un sistema causalmente conectado, sin asumir necesariamente una variable latente común. Los resultados mostraron una agrupación de los ítems en 4 dimensiones no consistentes con la teoría de Ryff. La Dimensión 1 comprendió los ítems de las tres dimensiones del modelo de Ryff: autoaceptación, propósito de vida y dominio del entorno; la dimensión 2 incluyó los ítems de autonomía; la dimensión 3 incluyó los ítems de crecimiento personal y la dimensión 4 los ítems de relaciones positivas.

Respecto de lo anterior, llama la atención que las tres últimas dimensiones que emergieron se pueden asociar, en términos generales, a las tres necesidades psicológicas básicas de la Teoría de la Autodeterminación (Decy y Ryan, 1985): autonomía; competencia; y relaciones, mientras que la primera dimensión se relaciona con la manera en que las personas se conciben a sí mismas y a su relación con el entorno. Aunque el modelo de Ryff (1989) no explicita un dominio afectivo, que ha resultado ser una de las dimensiones más consistentes para comprender el bienestar, podemos inferir que esta dimensión afectiva estaría implícita de manera transversal en todas las otras dimensiones del modelo, ya que, si una persona tiene creencias y expectativas negativas respecto de sí misma y de su relación con el entorno, tenderá a experimentar menos afectividad positiva y mayor afectividad negativa. De igual manera, a nivel teórico, es posible suponer que las dificultades para satisfacer las necesidades psicológicas pueden generar en las personas la percepción de malestar psicológico o dolor mental, lo que disminuiría la percepción del bienestar, de manera similar a como la falta de alimentación genera un sentimiento de hambre, que se experimenta como un malestar (Decy y Ryan, 1985; Ryan y Deci, 2001; 2017).

Como se ha señalado, la afectividad es una de las dimensiones que contribuye a comprender el Bienestar (Lee et al., 2021; Sirgy, 2020; 2021; Vera-Villaruel et al., 2016). El afecto se refiere a cualquier tipo de experiencia emocional, es decir, sentimientos, preferencias, emociones, estados de ánimo y rasgos afectivos que pueden ser experimentados como positivos (agradables) o negativos (desagradables) (Díaz-García

et al., 2020). Las emociones son fenómenos complejos que involucran aspectos evaluativos de tipo cognitivo (*appraisal*) de los estímulos, cambios en la fisiología, sentimientos subjetivos de valencia positiva o negativa, cambios en la motivación o tendencias a la acción, cambios expresivos y la selección de una conducta instrumental que se considera la más adecuada. Una emoción se origina cuando ocurre un evento o un estímulo en el ambiente el que puede ser evaluado como perjudicial o beneficioso para la persona y paralelamente se evalúan los recursos personales para protegerse o para beneficiarse de él. Le siguen los cambios fisiológicos, subjetivos, motivacionales y expresivos que cumplen funciones en diferentes niveles adaptativos. Los cambios fisiológicos preparan al organismo en la eventualidad de tener que realizar algún esfuerzo físico, como escapar o luchar. Los cambios subjetivos y motivacionales permiten que el sistema cognitivo se focalice en los estímulos y en la información relevante en coherencia con la situación emocional, para seleccionar la respuesta más adecuada y la conducta instrumental permite realizar una acción para resolver adaptativamente la situación y regular o restablecer a una línea base la respuesta emocional gatillada (Lazarus, 1991; 1999).

En el contexto cultural y social, la evaluación de un evento o estímulo depende de las creencias y expectativas aprendidas por las personas tanto por sus experiencias previas como por la transmisión cultural. Aspectos como la autoestima, la percepción de competencias de desempeño específicas, atribuciones de causa y efecto, etc., explican por qué, frente a un mismo estímulo, dos personas pueden reaccionar emocionalmente de manera muy diferente. Por ejemplo, frente al término de una relación de pareja, si una persona cree que va a ser positivo porque va a recuperar su libertad y que le será fácil encontrar una nueva pareja en el futuro, lo más probable es que experimente emociones de valencia positiva. Por el contrario, si cree que se va a quedar solo y que le será muy difícil encontrar una nueva pareja, experimentará emociones de valencia negativa. En otras palabras, la importancia de un evento o estímulo se desprende del valor potencial para satisfacer necesidades, especialmente las necesidades psicológicas (González, 2023).

El Afecto Positivo supone una predisposición a experimentar emociones positivas, reflejando una sensación general de bienestar personal y social (Ambrona y López-Pérez, 2014). En términos generales, la percepción de bienestar se ha asociado positivamente a la experimentación de Afecto Positivo y negativamente a la experimentación de Afecto Negativo (Cassaretto-Bardales et al., 2020; Le Nguyen y Fredrickson, 2018; Pressman et al., 2019; Sirgy, 2020). También, se ha reportado que altos niveles de Afecto Positivo están asociados a marcadores biológicos de procesos antiinflamatorios, por lo que actuaría como un agente analgésico frente a diferentes dolores somáticos (Stellar et al, 2015). Asimismo, las emociones positivas tienen una clara implicación en las estrategias de regulación de las experiencias negativas o estresantes, ya que amplían los repertorios de acción y pensamiento, ejerciendo un rol reparador frente a una situación generadora de emociones negativas (Finan y Garlan, 2015).

Por otro lado, el Afecto Negativo se refiere a la predisposición a experimentar estados emocionales aversivos, más difíciles de gestionar por la persona, como el miedo, el enojo y el nerviosismo (Ambrona y López-Pérez, 2014). Al respecto, es necesario señalar que los afectos de valencia negativa no son en sí mismo negativos, ya que cumplen un rol adaptativo al permitir identificar, de manera rápida y no racional, las situaciones de peligro provenientes desde el entorno y paralelamente motivan la realización acciones para el resguardo del bienestar (Osorio et al., 2018; Vecina, 2006; Watson et al., 1988). Sin embargo, la permanencia de altos niveles de Afecto Negativo se ha asociado a un mayor riesgo de sufrir trastornos físicos y mentales, mientras que un Afecto Positivo elevado se ha asociado con la disminución del riesgo de padecer estos problemas (Barron y Gore, 2020; González et al., 2009; Rossi et al., 2019; Weiser, 2012). Esta persistencia o alta frecuencia en la experimentación de afecto negativo podría producirse por permanecer en un contexto altamente aversivo, por la dificultad o falta de habilidades (o recursos personales) para gestionar adecuadamente la interacción con el entorno, o ambos. Además, es importante señalar que a nivel teórico el Afecto Positivo y Negativo no están correlacionados.



En un plano distinto, a partir de la Teoría de la Autodeterminación (Decy y Ryan, 1985) se puede predecir que las personas con mayores dificultades para satisfacer sus necesidades psicológicas básicas (autonomía, relaciones y competencia), tendrán una disminución en la percepción de bienestar. Como se señaló previamente, es probable que este efecto negativo sobre el bienestar no se deba directamente a una mayor experimentación de afecto negativo, sino que, de manera similar a lo que ocurre con el sentimiento de hambre o de frío, la falta de satisfacción de las necesidades psicológicas produzca sentimientos difusos de malestar mental. Este malestar mental, se ha estudiado bajo el concepto de dolor mental o dolor psicológico (Baryshnikov y Isometsä, 2022; Meerwijk y Weiss, 2011; 2014). Este se entiende como un sentimiento extremadamente desagradable de base emocional, que puede experimentarse como un tormento, generando respuestas similares a las observadas frente al dolor físico (Mee et al., 2011; Mee et al., 2006). Si bien es un constructo transversal a diferentes problemas de salud mental, no ha sido abordado en mayor profundidad fuera del campo clínico. Existe un consenso entre las y los investigadores respecto a que el Dolor Psicológico es mucho más que la suma de sentimientos y sensaciones negativas, entendiéndose más bien como una experiencia intolerable para la persona (Orbach, 2003). En este sentido, se han definido tres características del Dolor Psicológico: un sentimiento displacentero (que puede incluir sufrimiento), la evaluación de una incapacidad o discrepancia (entre lo que se desea y lo que es alcanzable) y la intolerabilidad (incapacidad de tolerar una situación destructiva que demanda solución). En el plano clínico el Dolor Psicológico se ha estudiado con relación al suicidio (Conejero et al., 2018; Orbach, 2003) y a la depresión (Orbach et al., 2003; Mee et al., 2011), pero no se encontraron investigaciones que lo relacionen con el bienestar.

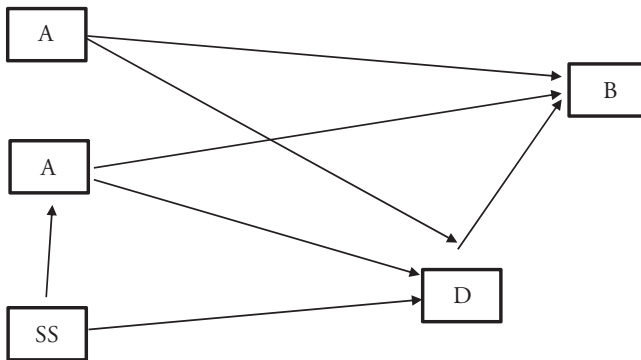
Otro aspecto relacionado con el dolor, pero en el plano físico, son los síntomas somáticos. Estos síntomas se representan en la mente como molestias o dolores específicos (cabeza, espalda, estómago, etc.), aunque no se asocian necesariamente con una causa médica evidente y se les suele diagnosticar como trastorno de somatización (De Gucht

y Maes, 2006; Mewes, 2022). Los síntomas somáticos son definidos como sensaciones corporales o disfunciones físicas básicas que influyen en los ritmos biológicos (por ejemplo, el apetito, la digestión o el sueño) y que la persona los percibe como preocupantes o desagradables (Kapfhammer, 2006). Experimentar Síntomas Somáticos es parte de la vida normal de la población general, puesto que más del 80% de las personas reportan haber experimentado al menos un síntoma somático en las últimas una o dos semanas (Acevedo-Mesa et al., 2020; Hinz et al., 2017), siendo el dolor de cabeza, la fatiga y el dolor de espalda los más comunes (González et al, 2009).

Debido a las características anteriormente señaladas, los Síntomas Somáticos han sido relacionados con algunos estados emocionales asociados al Afecto Negativo, tales como la ansiedad y la depresión (Groen et al., 2020; Jian et al., 2021; Kvaalem et al., 2020). Al respecto, Campo (2012), señala la existencia de una relación entre un alto Afecto Negativo y los Síntomas Somáticos, lo que es concordante con estudios que muestran que aquellas personas que presentan muchos Síntomas Somáticos tienen una mayor frecuencia de estados de Afecto Negativo, en comparación con aquellas que presentan menos Síntomas Somáticos (Brown y Moskowitz, 1997; Jellesma et al., 2006). De esta manera, considerando la probable relación entre los Síntomas Somáticos con la Afectividad, y de esta con el Bienestar, se podría esperar que un puntaje alto en la experimentación de Síntomas Somáticos podría afectar negativamente a la percepción de Bienestar. Además, los Síntomas Somáticos podrían también relacionarse con el Dolor Mental incrementando la intensidad de su experiencia subjetiva.

En síntesis y con base a la literatura revisada, se plantea como hipótesis un modelo teórico explicativo del Bienestar Mental a partir de variables de valencia positiva y negativa. Este modelo propone la existencia de relaciones positivas directas entre el Bienestar Mental y el Afecto Positivo. A su vez, se proponen relaciones negativas directas del Bienestar con el Afecto Negativo y el Dolor Psicológico. Además, se propone que los Síntomas Somáticos tendrían un efecto indirecto en el Bienestar Mental a través del Afecto Negativo y el Dolor Psicológico.

Por último, se plantea que el Afecto Positivo tendría un efecto indirecto en el Bienestar Mental a través del Dolor Psicológico. Un esquema del modelo teórico se presenta en la Figura 1.



**Figura 1.** Modelo teórico explicativo del Bienestar Mental. Las variables del estudio son Bienestar Mental (BM), Dolor Psicológico (DP), Afecto Negativo (AN), Afecto Positivo (AP) y Síntomas Somáticos (SS)

Para evaluar el ajuste de la hipótesis del estudio, se utilizará el método Path Analysis (Análisis de Senderos). Con él, se podrá realizar una serie de regresiones con el fin de analizar la relación entre las variables anteriormente descritas y, al mismo tiempo, detectar el ajuste del modelo a los datos y obtener estimaciones de la magnitud y la significación de las relaciones hipotetizadas (Pérez et al., 2013).

De esta manera, el objetivo general del presente artículo es evaluar el ajuste de un modelo teórico para explicar el Bienestar Mental a partir de la Afectividad Positiva y Negativa, con la inclusión de variables con una menor evidencia en investigaciones previas: los Síntomas Somáticos y el Dolor Psicológico.

## Método

### *Participantes*

La muestra del estudio se conformó de un total de 260 estudiantes universitarios/as de la región de Coquimbo, de los cuales 128 (49.6%) se identificaban con el género femenino, 130 (50.4%) con el género masculino y 2 personas que se identificaron con la opción otro. La edad promedio fue de 21 años (DE=2.16) con una edad mínima de 18 y máxima de 29 años. El promedio de edad para el género femenino fue de 21.4 (DE=2,2) y el masculino de 21. 1 (DE=2.1). En cuanto a las carreras que cursan, 90 (34.7%) pertenecían al área de ingeniería y arquitectura, 29 (11.2%) a las pedagogías, 35 (13.5%) a las ciencias de la salud y ciencias de la Vida, 81 (31.3%) a las ciencias sociales y 24 (9.3%) a derecho, periodismo, diseño o artes. La participación fue voluntaria y se invitó a colaborar por medio de redes sociales. Los instrumentos de medición se aplicaron por medio de un formulario de Google en el cual se incluyó un consentimiento informado explicando el propósito de la investigación, el anonimato, la confidencialidad y la forma de utilización de los datos recogidos.

Mediante el seguimiento de las recomendaciones generadas por la *American Psychological Association* (APA, 2017) y la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID, 2019), se presentó a las y los participantes un consentimiento informado explicitando el propósito de la investigación, su relevancia, la identificación de la y el investigador responsable y su contacto. También se explicó en qué consistiría la colaboración de las y los participantes, los resguardos que se llevarían a cabo y que la confidencialidad de la información presentada estará protegida. No se solicitó el nombre de las y los participantes, y las matrices de datos se han manejado de manera reservada y confidencial, y solo se utilizarán con propósito de investigación. La participación fue voluntaria, además las y los participantes podían dejar de responder a los cuestionarios en cualquier momento. Las y los participantes no recibieron compensaciones monetarias o de otro tipo por su colaboración.

## ***Instrumentos***

El instrumento utilizado para medir el Bienestar fue la Escala de Bienestar Mental de Warwick - Edimburgo (EBMWE). Esta escala mide los aspectos positivos del bienestar psicológico y salud mental durante las últimas dos semanas y comprende 14 afirmaciones referentes a aspectos hedónicos y eudaimónicos (Azcurra, 2015). Cada ítem se responde en base a una escala Likert con cinco opciones de respuesta (*1=nunca; 2=muy pocas veces; 3=algunas veces; 4=a menudo; 5=siempre*). Con respecto a la puntuación, oscila entre los 14 y 70 puntos. En cuanto a la valencia de los reactivos, todos son positivos. La EBMWE posee buenos indicadores de fiabilidad, ya que posee un valor  $\alpha$  de .87 y presenta validez convergente en la población adulta chilena (Carvajal et al., 2015) por medio de una correlación con la prueba rho de Spearman entre el puntaje en la EBMWE con el puntaje en el Goldberg Health Questionnaire (GHQ-12) ( $r_s = 0.510, p < 0.001$ ) y con las cuatro dimensiones del cuestionario de calidad de vida relacionada a salud WHOQOL-Bre (Salud Física  $r_s = 0.520, p < 0.001$ ; Salud Psicológica  $r_s = 0.624, p < 0.001$ ; Relaciones Sociales  $r_s = 0.440, p < 0.001$ ; Medio Ambiente  $r_s = 0.454, p < 0.001$ ). En la muestra del presente estudio la confiabilidad por consistencia interna fue de  $\alpha = .903$ ;  $\omega = .906$ .

En relación a la variable de afectividad se utilizó la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), la cual consta de 20 ítems que permiten medir las emociones positivas (10 ítems) y las emociones negativas (10 ítems) de la persona en relación al momento actual, así como al estado afectivo general (Watson et al., 1988). Su formato de respuesta es de tipo Likert, el cual puntúa entre 1 a 5 (*1=muy levemente o nada; 2=un poco; 3=moderadamente; 4=bastante; 5=extremadamente*). El PANAS ha sido validado para su uso en estudiantes universitarios en Chile y posee adecuadas propiedades psicométricas, cuyos valores  $\alpha$  fluctúan entre .78 y .86 para la Afectividad Positiva (AP) y un valor  $\alpha$  entre .81 y .88 para la Afectividad Negativa (AN) (Dufey y Fernandez, 2012). En el estudio citado la validez se analizó por medio

de un análisis factorial con el método de componentes principales con rotación *Varimax* y se hicieron análisis diferenciados por sexo. En el PANAS general se observaron dos factores principales, los cuales explicaron el 24.12% y el 17.51% (hombres) y el 27.79% y el 14.83% (mujeres) de la varianza, respectivamente. Asimismo, en el PANAS presente se observaron dos factores que explicaron el 31.61% y el 25.34% (hombres) y el 30.58% y el 23.19% (mujeres) de la varianza, respectivamente. Se analizó también la validez convergente por medio de las correlaciones con una serie de escalas pertinentes y se encontraron correlaciones de fuerza baja a media, significativas, en coherencia con las predicciones teóricas. En el marco de la muestra de este estudio la consistencia interna de la escala de afectividad positiva fue de  $\alpha = .849$ ;  $\omega = .860$  y de la escala de afectividad negativa fue de  $\alpha = .877$ ;  $\omega = .877$ .

En cuanto a los Síntomas Somáticos se utilizó la Escala de Síntomas Somáticos (SSS-8; Gierk et al., 2014), la cual está conformada por 8 ítems que permiten medir la carga de Síntomas Somáticos del individuo (Narrow et al., 2013) y cuyo formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta ( $0=nada$ ;  $1=un\ poco$ ;  $2=algo$ ;  $3=bastante$ ;  $4=mucho$ ). La SSS-8 ha sido recientemente validada para su uso en el contexto latinoamericano (García et al., 2018), en la cual se reportó una consistencia interna por medio del  $\alpha$  de .73. Se abordó la validez a través de un análisis de *clusters* de clase latente y se encontraron dos *clusters* separados por personas con alta o con baja probabilidad de somatizar. Complementariamente se realizó un análisis basado en estadística bayesiana, de la capacidad de la prueba para predecir un diagnóstico de somatización. La consistencia interna de esta escala en el contexto de la muestra del presente estudio fue de  $\alpha = .795$  y  $\omega = .800$ . Además, se analizó la estructura interna por medio de una estrategia exploratoria con el *software* Jamovi 2.3 en la que emerge un modelo de tres factores que agrupan a los síntomas relacionados con a) la espalda y las extremidades, b) el pecho y el estómago y c) la cabeza. Los indicadores de ajuste son:  $RMSEA = 0.033$  ( $IC\ 90\% \text{ inferior} = 0.00$ ,  $\text{superior} = 0.088$ ),  $TLI = 0.984$ .

Respecto a la variable de Dolor Psicológico, el instrumento utilizado para su medición fue la Escala de Evaluación del Dolor Psicológico de Mee-Bunney-MBPPAS que mide la intensidad del dolor y la frecuencia de este. Esta escala está conformada por 10 ítems y cuyo formato de respuesta es de tipo Likert, el cual puntúa entre 1 a 5 (*1=nunca; 2=rara vez; 3=la mitad del tiempo; 4=a menudo; 5=todo el tiempo*). La MBPPAS presenta adecuadas propiedades psicométricas, cuyos valores  $\alpha$  son superiores a .75 (Mee et al., 2011). Con los datos de la presente investigación, se obtuvieron los siguientes indicadores de ajuste a partir de un ESEM en que se evaluó un modelo de una sola dimensión para los 10 ítems de la escala:  $n=416$ ,  $\chi^2(34) = 140.974$ ,  $p < .000$ ,  $CFI = .991$ ,  $TLI = .991$ ,  $RMSEA = .087$ ,  $90\% CI = 0.073$  a  $0.120$ . Al respecto, se ha demostrado que, para escalas unidimensionales de pocos ítems, valores más altos del  $RMSEA$  no implican necesariamente un mal ajuste (Kenny et al., 2014). Por otro lado, en el marco del presente estudio la consistencia interna del instrumento fue de  $\alpha = .861$  y  $\omega = .877$ .

### ***Procedimiento***

Se utilizó un diseño correlacional transversal, en el que todas las variables del estudio se midieron en un mismo momento en toda la muestra. Los datos se recogieron de manera no presencial por medio de un formulario de *Google* y el enlace para acceder a los instrumentos se envió por correo a los contactos iniciales y se difundió por redes sociales (*Facebook, WhatsApp, Instagram*).

### ***Análisis de los datos***

Una vez finalizada la etapa de recolección, se procedió a descargar los datos desde el formulario de *Google* a una matriz en Excel y luego al *software* SPSS v.25. Se depuró la matriz identificando y eliminando a los/as participantes que no respondieron la totalidad de los instrumentos o que presentarían datos perdidos. Asimismo, no se encontraron

casos atípicos univariados (límite  $z = \pm 3.29$ ) ni multivariados (Distancia de Mahalanobis  $\chi^2 = 18.47$  at  $p < .001$ ) (Field, 2013).

Se utilizó la técnica estadística multivariada de Análisis de Senderos (*Path Analysis*) ya que esta permite evaluar el ajuste de un modelo teórico complejo de relaciones causales entre variables, a partir de un diseño correlacional. Esto no significa que reemplace el papel de un diseño experimental en la determinación de la causalidad, pero permite una valiosa aproximación para el contraste de un modelo teórico a partir de las matrices de correlaciones entre las variables (Barbeau et al., 2019; Pérez et al., 2013). Para la ejecución de los análisis se utilizó el software Mplus v.8.2 (Muthén y Muthén, 2017).

Siguiendo, en general, las recomendaciones de Barbeau et al. (2019), se utilizó el estimador Máxima Verosimilitud (ML por sus siglas en inglés). Para estimar el ajuste general del modelo se utilizó el indicador Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) en el cual un valor de probabilidad no significativo ( $p > 0.05$ ) estaría señalando un adecuado ajuste de los datos al modelo propuesto (Escobedo et al., 2016). Además, se utilizaron el índice de ajuste comparativo (*CFI*, sigla en inglés) y el Índice de Tucker-Lewis (*TLI*, sigla en inglés). Ambos índices asumen valores entre 0 y 1 y un valor de .95 o mayor se considera indicador de un ajuste aceptable (Bentler, 1990; Hu y Bentler, 1999). Otros de los indicadores comúnmente recomendados son el error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*, sigla en inglés) y el índice de raíz cuadrada media residual (*SRMR*, sigla en inglés). Un valor de *RMSEA* de 0 indica un ajuste perfecto de los datos al modelo, un valor de .05 o menos indica un buen ajuste. Además, el *RMSEA* incluye también un intervalo de confianza de 90% que incorpora el error de muestreo asociado al estimador (Steiger y Lind, 1980). Respecto al *SRMR*, un valor de 0 indica un ajuste perfecto y valores de .05 o menos indican un ajuste aceptable.

Por otro lado, se evaluaron el tamaño y la importancia de los efectos directos e indirectos de las variables especificadas en el modelo considerando las ponderaciones de regresión estandarizada y su  $p$ -valor. Se consideraron, además, los porcentajes de varianza explicadas y los



coeficientes de correlación de Pearson y sus  $p$ -valor. Finalmente, se calcularon las medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos de las variables del modelo.

## Resultados

Los valores de las escalas se obtuvieron a partir de la suma simple de las puntuaciones de los ítems de cada dimensión o subdimensión de cada instrumento de medición. Antes de pasar a reportar los resultados del análisis de sendero (*Path Analysis*), se reportan los resultados descriptivos para cada uno de los constructos considerados en este estudio (ver Tabla 1). La curtosis y asimetría observadas no se aleja sustancialmente de lo esperado en una distribución normal. La Tabla 2, a su vez muestra la matriz de correlaciones entre los constructos del estudio, a partir de la cual, se puede observar que todas las variables evidencian correlaciones significativas de fuerza media a débil, positivas y negativas en coherencia con la teoría. A su vez, las escalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo no correlacionan entre ellas, lo que de todas maneras es lo esperado de acuerdo a la teoría.

**Tabla 1**

*Descriptivos generales de las variables del estudio*

Variable	Media	Mediana	Varianza	Simetría	Curtosis	Min	Máx.
Bienestar Mental	47.565	47.000	82.092	-0.127	0.105	19	70
Afecto Positivo	27.054	27.000	72.589	0.109	-0.600	10	49
Afecto Negativo	21.831	21.000	48.587	0.525	0.067	10	46
Síntomas Somáticos	31.785	31.000	31.785	-0.005	-0.339	15	49
Dolor Psicológico	14.781	15.000	46.302	0.079	-0.671	0	29

**Tabla 2**

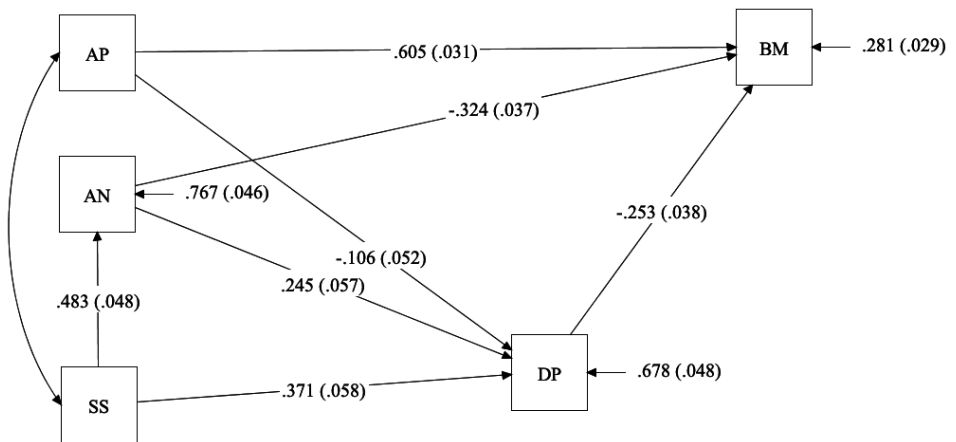
*Matriz de correlaciones entre las variables del estudio*

	BM	AP	AN	SS	DP
Bienestar Mental	—				
Afecto Positivo	0.679 ***	—			
Afecto Negativo	-0.460 ***	-0.030	—		
Síntomas Somáticos	-0.474 ***	-0.233 ***	0.483 ***	—	
Dolor Psicológico	-0.523 ***	-0.201 **	0.429 ***	0.516 ***	—

*Nota.* \* BM= “Bienestar Mental”, AP= “Afecto Positivo”, AN= “Afecto Negativo”, SS= “Síntomas Somáticos”, DP= “Dolor Psicológico”, \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Tal como se señaló anteriormente, se hipotetizó que el Bienestar Mental (BM) es explicado por relaciones directas con el Afecto Positivo (AP), con el Afecto Negativo (AN) y con el Dolor Psicológico (DP). Con las dos últimas variables presentaría una relación negativa y con la primera una positiva. Por otro lado, los Síntomas Somáticos (SS) tendrían un efecto indirecto a través del AN y del DP. Los resultados muestran un buen ajuste del modelo a los datos,  $\chi^2(2) = 4.41$ ,  $p = 0.110$ ,  $CFI = .995$ ,  $TLI = .978$ ,  $SRMR = .041$ ,  $RMSEA = .068$ ,  $90\% CI = 0.000$  a  $0.156$ . Un esquema del modelo se presenta en la Figura 2.

En cuanto a los efectos directos, AP tiene un efecto positivo y significativo en BM ( $\beta = .605$ ,  $p < .001$ ,  $90\% CI = .554$  a  $.654$ ), AN tiene un efecto negativo sobre BM ( $\beta = -.324$ ,  $p < .001$ ,  $90\% CI = -.385$  a  $-.263$ ) y también DP tiene un efecto negativo sobre BM ( $\beta = -.253$ ,  $p < .001$ ,  $90\% CI = -.311$  a  $-.190$ ). Por otro lado, AN afecta positivamente a DP ( $\beta = .245$ ,  $p < .001$ ,  $90\% CI = .141$  a  $.343$ ), SS también afecta positivamente a DP ( $\beta = .371$ ,  $p < .001$ ,  $90\% CI = .276$  a  $.463$ ), pero el AP no lo afecta significativamente ( $\beta = -.106$ ,  $p = .063$ ,  $90\% CI = -.203$  a  $-.017$ ). Finalmente, los SS afectan de manera positiva al AN ( $\beta = .483$ ,  $p < .001$ ,  $90\% CI = .402$  a  $.558$ ). Todos estos resultados se corresponden con lo hipotetizado por los/as investigadores/as con excepción de la falta de efecto de AP en DP.



**Figura 2.** Modelo estructural con coeficientes beta estandarizados (n=260). Las variables del estudio son Bienestar Mental (BM), Dolor Psicológico (DP), Afecto Negativo (AN), Afecto Positivo (AP) y Síntomas Somáticos (SS)

Los SS tienen un efecto indirecto sobre el BM pasando por AN y DP ( $\beta = -.030, p < .001, 90\% CI = -.048 \text{ a } -.017$ ). A su vez, los SS tienen un efecto indirecto sobre el DP pasando por AN ( $\beta = .119, (p < .001, 90\% CI = .070 \text{ a } .176)$ ). El efecto indirecto de AP sobre BM pasando por DP no resultó significativo ( $\beta = .027, p = .074, 90\% CI = .004 \text{ a } .054$ ). Los efectos directos e indirectos, en el marco del modelo propuesto, explican un 72% de la varianza del BM ( $R^2 = 0,719, p < .001$ ), a su vez, explican un 32% de la varianza del DP ( $R^2 = 0,322, p < .001$ ) y finalmente un 23% de la variabilidad del AN ( $R^2 = 0,233, p < .001$ ).

## Discusión

El objetivo de esta investigación ha sido evaluar el ajuste de un modelo teórico para explicar el Bienestar Mental (BM) a partir del Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN), con la inclusión de las

variables Dolor Psicológico (DP) y Síntomas Somáticos (SS), las cuales han sido poco estudiadas con relación al BM. Los resultados del estudio muestran que el modelo teórico hipotetizado se ajusta adecuadamente a los datos y explican un considerable 72% de su variabilidad. El modelo plantea que el BM es explicado por relaciones directas con el AP (relación positiva), con el AN y con el DP (relaciones negativas). A su vez, los SS tienen un efecto indirecto en el BM a través del AN y del DP. Y, además, los SS y el AN, pero no el AP, tuvieron un efecto significativo en el DP.

Un primer aspecto importante de resaltar es que el modelo contrastado respalda la importancia del AP y AN para explicar el BM y, de paso, la relevancia de los aspectos hedónicos para su abordaje. Esto es concordante con la mayoría de los estudios previos que señalan que el AP y la ausencia de AN son dos dimensiones muy relevantes para el BM (Cassaretto-Bardales et al., 2020; Le Nguyen y Fredrickson, 2018; Pressman et al., 2019; Sirgy, 2020) y, en el caso de este estudio, no solo por sus efectos directos sino también por los efectos indirectos a través del DP. Un segundo aspecto, es el efecto negativo del DP sobre el BM. Se podría cuestionar esta relación afirmando que el AN y el DP podrían estar reflejando un mismo fenómeno a la base, sin embargo, si se analiza la correlación entre ambos constructos se puede ver que solo presentan una correlación de fuerza media, por lo que ambos no son necesariamente equivalentes. El experimentar AN no implica necesariamente experimentar DP, aunque probablemente la dificultad para afrontar o regular adecuadamente el AN podría contribuir a incrementar el DP y, por el contrario, altos niveles de DP podrían favorecer la experimentación de AN (Baryshnikov y Isometsä, 2022).

Aunque la relación entre AP y BM es clara, a nivel teórico todavía no es claro si la percepción de BM, se produce directamente de la experimentación de afecto positivo (con la contribución de las otras dimensiones) o si el mecanismo es más complejo, por ejemplo, porque el experimentar AP con frecuencia modifica el afecto basal, el estado de ánimo, los aspectos motivacionales y modula el procesamiento cognitivo de aspectos atencionales y procesos de recuperación selectiva de

recuerdos (Alexander et al., 2021). A nivel teórico, los AP serían indicadores de experiencias beneficiosas para la persona, especialmente en la satisfacción de NPB y fortalecerían las creencias personales relacionadas con la autoestima y la percepción de autoeficacia. Al respecto, la Teoría de la Autodeterminación, tal como se mencionó en la introducción, es una herramienta útil para explicar estas relaciones, por lo que la abordaremos con más detalle.

La Teoría de la autodeterminación propone que la dificultad para satisfacer las necesidades psicológicas básicas (NPB) se relacionaría con un menor BM y se podría agregar que, además, se relacionaría con la experimentación de DP. El mecanismo que hace posible este vínculo se sustenta en que al no poder satisfacer adecuadamente las NPB se generaría un sentimiento difuso y persistente de malestar mental, que es experimentado como DP. A su vez, en las diferentes interacciones con el entorno, la experimentación de DP disminuiría el umbral para la experimentación de AN, incrementando la frecuencia de este. Obviamente, tanto el DP y el AN no dependen exclusivamente del nivel de satisfacción de las necesidades psicológicas ya que existen otras variables que contribuyen a su variabilidad, aunque, la satisfacción de NPB jugaría un papel muy relevante. En gran medida, estas otras variables median la relación de las personas con el entorno y consisten básicamente en creencias y expectativas sobre sí mismos y sobre el entorno, y en habilidades o competencias que se requieren para un buen desempeño, especialmente en un entorno interpersonal (González, 2023).

Visto desde la Teoría de la Autodeterminación, en el modelo de Ryff (1989) desarrollado a partir de la perspectiva eudaimónica, las dimensiones de relaciones positivas, autonomía y crecimiento personal se pueden vincular fácilmente de manera respectiva con la satisfacción de las NPB de relación, autonomía y competencia y se pueden interpretar como los recursos que tienen las personas y su efectividad para satisfacer sus NPB. Por otro lado, la autoaceptación, el propósito en la vida y el dominio del entorno, se basarían en los sistemas de creencias, atribuciones y expectativas que las personas tienen sobre sí mismas y sobre su relación con el entorno y modulan la percepción que tienen

de estas relaciones. Al respecto, proponemos que es posible vincularlas teóricamente con la AP y AN. Como se ha señalado, la afectividad cumple un importante rol adaptativo que ajusta y motiva la conducta de acuerdo con la evaluación de un estímulo o evento contextual en términos de beneficio o perjuicio potencial y, paralelamente, la evaluación de los recursos personales para beneficiarse o hacer frente a la situación contextual (Lazarus, 1991; 1999). Si las expectativas de logro no se ajustan a las habilidades o competencias o al nivel del objetivo, o si las creencias y atribuciones no son pertinentes, ya sea porque están desajustadas o porque son derechamente irracionales, es probable que las personas experimenten AN con más frecuencia que AP. Además, es posible postular que la mayoría de los objetivos personales en relación con el entorno, se relacionan directa o indirectamente con la satisfacción de NPB. De esta manera una adecuada o eficiente capacidad para satisfacer NPB se relacionaría con alta frecuencia de AP, baja frecuencia de AN y mayores niveles de BM.

Los SS por si solos no afectan directamente al BM, sino que tienen un efecto indirecto sobre este a través del DP y del AN. A diferencia del DP, los SS se experimentan como dolores o molestias físicas en partes determinadas del cuerpo (dolor de cabeza, de estómago, espalda, entre otros) y no se producen por una carencia en la satisfacción de NPB. Los SS pueden tener su origen en problemas de salud, molestias causadas por el estrés, cansancio, malos hábitos de alimentación, falta de ejercicio, etc., por lo que la percepción de control o de responsabilidad sobre estos síntomas es más bien externa a la persona que las experimenta. De esta manera, el efecto que los SS tienen sobre el DP podría ocurrir tanto por un efecto sumativo de la percepción de dolor mental como por la alteración del afecto basal en un sentido negativo, disminuyendo el umbral para la percepción de dolor psicológico. Esta disminución del umbral también provocaría un incremento en la experimentación de mayor AN. Así, se produciría el efecto indirecto sobre el BM.

El AP no presentó un efecto significativo sobre DP. Esto fue un resultado inesperado ya que de acuerdo con estudios previos que mos-

traban un posible efecto analgésico del AP sobre los SS, se esperaba que ocurriera lo mismo con el DP, es decir que este disminuyera frente a valores altos de AP. A nivel teórico también se esperaba que la experimentación frecuente de AP producto de un adecuado nivel de satisfacción de NPB y de una buena adaptación al entorno, se reflejara en menores niveles de DP. Aunque actualmente no hay evidencia clara respecto de si el AP y el AN son dimensiones independientes o están correlacionadas, los resultados estarían sugiriendo que el AP no contribuiría a modular el DP, lo que tendría gran relevancia, especialmente en el contexto clínico. Por lo anterior, antes de especular teóricamente sobre las razones de este resultado sería necesario evaluar la posibilidad que exista una relación no lineal entre AP y DP, o que el efecto lineal sea inverso al esperado, es decir que el DP sea el que influye en AP. Por otro lado, en el modelo propuesto, no se evaluó el posible efecto del AP sobre la percepción de SS, lo que puede ser pertinente de abordar en futuros estudios.

En la revisión de Hossein (2023), la satisfacción de las NPB, fue una de las perspectivas utilizadas con menos frecuencia por los investigadores y, cuando se utilizaron, el BM se abordó desde diferentes teorías de las NPB, sin embargo, la Teoría de la Autodeterminación, tiene la particularidad que permite conectar aspectos motivacionales con el BM, tanto desde la perspectiva hedónica como de la eudaimónica, para avanzar en la determinación de las dimensiones que serían relevantes para comprender el BM y su relación con el AP y el AN. Esta teoría puede ser útil en la medida que se profundice en identificar la red nomotética entre las dimensiones que componen el bienestar, considerando las distinciones de nivel jerárquico entre ellas.

En otro plano, es importante profundizar a nivel teórico y empírico respecto del tipo de vínculo entre el BM y el DP ya sea como dos tipos de expresión de un mismo fenómeno, por ejemplo, dos polos de un continuo (aunque los datos de este estudio no lo sustentan claramente), o bien, como dos constructos diferentes pero superpuestos. Además, el estudio del DP fuera del contexto clínico y en el marco de la salud mental de estudiantes universitarios/as y población general es,

por sí solo, muy relevante debido a que el DP, más que el BM, puede ser una temprana señal de futuros problemas adaptativos y de deterioro de la salud mental (Mento et al., 2020). Lo anterior, con independencia de cómo se conceptualice al DP, ya sea como una imagen mental general que representa un desajuste entre un yo ideal y un yo real (Sandler, 1962), o desde un marco más actual, como consecuencia de la incapacidad para satisfacer NPB (Ryan y Deci, 2000).

Entre las limitaciones que se deben tener en cuenta al considerar los resultados de este estudio están, en primer lugar, la generalización de los resultados a otros grupos etarios ya que las diferentes situaciones vitales o los cambios en las creencias o expectativas podrían configurar resultados diferentes. En segundo lugar, también pueden existir diferencias en los contextos culturales del hemisferio norte respecto de la realidad latinoamericana respecto a las creencias y expectativas asociadas a sí mismos, el entorno y su relación, lo que requiere ser abordado por investigaciones comparativas. En tercer lugar, Al igual que en estudios previos, la utilización de diferentes instrumentos de medición puede llevar a resultados diferentes, por lo que se requieren estudios en esta línea también. En cuarto lugar, en esta investigación se incluyó el DP, que se origina en el contexto clínico para estudiar el riesgo de suicidio, por lo que la interpretación adecuada de los resultados de este instrumento en un contexto no clínico, requiere mayores estudios específicos. Finalmente, tenemos el efecto amplificador o distorsionador que ha tenido la pandemia sobre el normal funcionamiento mental de las personas. Sin embargo, aún considerando las limitaciones señaladas, los resultados del presente estudio muestran claramente la pertinencia de las dimensiones del AP, AN y el DP para comprender el BM.

## **Conclusión**

Se ha establecido que el modelo hipotetizado para explicar el BM a partir del AP, el AN, el DP y los SS ajusta adecuadamente a los datos. Las variables del modelo explican el 72% de la varianza del bienestar.



La mayor contribución la hace el AP y la menor la hace el DP. A su vez, el DP es explicado por los SS y el AN, pero no por el AP. Los resultados respaldan la importancia de los aspectos hedónicos para comprender el BM. También, hacen un aporte al incorporar las variables DP y SS, no consideradas en estudios previos. Y finalmente, permiten proponer a la Teoría de la Autodeterminación como un marco para comprender las vías por las que se relacionarían el MB con el AP, el AN y el DP en relación con la satisfacción de NPB.

## Referencias

- Acevedo-Mesa, A., Tendeiro, J., Roest, A., Rosmalen, J., & Monden, R. (2020). Improving the Measurement of Functional Somatic Symptoms With Item Response Theory. *Assessment*, <https://doi.org/10.1177/1073191120947153>
- Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile. (2019). *Bioética y Bioseguridad*. Santiago de Chile: ANID. Recuperado de: <https://www.anid.cl/ejes-estrategicos/investigacion-aplicada/bioetica-y-bioseguridad/>
- Alexander, R., Aragón, O. R., Bookwala, J., Cherbuin, N., Gatt, J. M., Kahrilas, I. J., Kästner, N., Lawrence, A., Lowe, L., Morrison, R. G., Mueller, S. C., Nusslock, R., Papadelis, C., Polnaszek, K. L., Helene Richter, S., Sifton, R. L., & Styliadis, C. (2021). The neuroscience of positive emotions and affect: Implications for cultivating happiness and wellbeing. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *121*, 220-249. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.002>
- Allardt, E. (2003). Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. *The Quality of Life*, 88-94., <https://doi.org/10.1093/0198287976.003.0008>
- Ambroña, T., & López-Pérez, B. (2014). A longitudinal analysis of the relationship between positive and negative affect and health. *Psychology*, *5*(8), 859-863. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.58097>

- American Psychological Association. (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Anderson, D. L., & Graham, A. P. (2016). Improving student well-being: Having a say at school. *School Effectiveness and School Improvement*, 27(3), 348-366. <https://doi.org/10.1080/09243453.2015.1084336>
- Barbeau, K., Boileau, K., Sarr, F., & Smith, K., (2019). Path analysis in Mplus: A tutorial using a conceptual model of psychological and behavioral antecedents of bulimic symptoms in young adults. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 15(1), 38-53. <https://doi.org/10.20982/tqmp.15.1.p038>
- Barron, R., & Gore, J. S. (2021). The Many Faces of Stress: Three Factors that Predict Physical Illness in Young Adults. *Psychological reports*, 124(3), 1184-1201. <https://doi.org/10.1177/0033294120936195>
- Baryshnikov, I., & Isometsä, E. (2022). Psychological pain and suicidal behavior: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.981353>
- Bentler P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Blasco-Belled, A. & Alsinet, C. (2022). The architecture of psychological well-being: A network analysis study of the Ryff Psychological Well-BeingScale. *Scandinavian Journal of Psychology* 63, 199-207 <https://doi.org/10.1111/sjop.12795>
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological bulletin*, 138(4), 655-691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
- Brown, K. W., & Moskowitz, D. S. (1997). Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of personality and social*

- psychology, 72(4), 907-917. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.4.907>
- Campo J. V. (2012). Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression--developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(5), 575-592. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x>
- Cárdenas, D., Lattimore, F., Steinberg, D., & Reynolds, K. J. (2022). Youth well-being predicts later academic success. *Scientific Reports*, 12 (2134). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05780-0>.
- Carvajal, D., Aboaja, A., & Alvarado, R. (2015). Validación de la Escala de bienestar mental de Warwick-Edinburgo, en Chile. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 13-21. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v19.n1.11822>
- Cassaretto-Bardales, M., Martínez-Uribe, P., & Tavera-Palomino, M. (2020). Aproximación a la salud y bienestar en estudiantes universitarios: importancia de las variables sociodemográficas, académicas y conductuales. *Revista de Psicología (PUCP)*, 38(2), 499-528. <https://doi.org/10.18800/psico.202002.006>
- Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D., & Courtet, P. (2018). Psychological pain, depression, and suicide: recent evidences and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(5), 33-42. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 43-72. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>
- Danker, J., Strnadová, I., & Cumming, T. M. (2019). Picture my well-being: Listening to the voices of students with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 89(April), 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.005>
- De Gucht, V., & Maes, S. (2006). Explaining medically unexplained symptoms: toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 349-352. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.021>

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Díaz-García, A., González-Robles, A., Mor, S., Mira, A., Quero, S., García-Palacios, A., Baños, R. M., & Botella, C. (2020). Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): psychometric properties of the online Spanish version in a clinical sample with emotional disorders. *BMC psychiatry*, 20(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2472-1>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Dufey, M., & Fernández, A. (2012). Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 157-173. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645438008>
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V., & Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n55/art04.pdf>
- Finan, P. H., & Garland, E. L. (2015). The role of positive affect in pain and its treatment. *The Clinical journal of pain*, 31(2), 177-187. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000092>
- García, M., Tamami, E., Rojas-Velasco, G., Posso, C., del Hierro, G. S., & Alvear-Durán, S. (2018). Validación de la escala de síntomas somáticos (SSS-8) en pacientes de una zona rural en Ecuador. *Práctica Familiar Rural*, 3(2). <https://doi.org/10.23936/pfr.v3i2.3>
- Gargiulo, R., & Stokes, M. (2009). Subjective Well-Being as an Indicator for Clinical Depression. *Social Indicators Research*, 93(3), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9301-0>
- Gentzler, A. L., DeLong, K. L., Palmer, C. A., & Huta, V. (2021). Hedonic and eudaimonic motives to pursue well-being in three samples of youth. *Motivation and Emotion*, 45, 312-326. <https://doi.org/10.1007/s11031-021-09882-6>

- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, *174*(3), 399-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- González M. (2023). Evolución del concepto de emoción en el contexto científico: Desde la biología y la cultura, hasta el constructivismo psicológico. *Logos*, *33*(2) (en prensa).
- González, M., & Landero, R. (2006). Síntomas Psicosomáticos y Teoría Transaccional del Estrés. *Ansiedad y estrés*, *12*(1), 45-61. <https://www.redalyc.org/pdf/402/40211412.pdf>
- González, M. T., Landero, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *25*, 141-145. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n2/141-145/es>
- Govorova E, Benítez, I., & Muñiz, J. (2020) How Schools Affect Student Well-Being: A Cross-Cultural Approach in 35 OECD Countries. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00431>
- Groen, R. N., van Gils, A., Emerencia, A. C., Bos, E. H., & Rosmalen, J. G. M. (2021). Exploring temporal relationships among worrying, anxiety, and somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, *146*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110293>
- Hinz, A., Ernst, J., Glaesmer, H., Brähler, E., Rauscher, F. G., Petrowski, K., & Kocalevent, R. D. (2017). Frequency of somatic symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of Psychosomatic Research*, *96*, 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.017>
- Hossain, S., O'Neill, S. & Strnadová, I. (2023). What Constitutes Student Well-Being: A Scoping Review Of Students' Perspectives. *Child Ind Res* *16*, 447-483. <https://doi.org/10.1007/s12187-022-09990-w>

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jellesma, F., Rieffe, C., Terwogt, M., & Kneepkens, C. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 63(10), 2640-2648. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.004>
- Jian, Y., Jia, S., Shi, Z., Zhao, Y., Li, P., Chen, L., & Li, Y. (2021). Characteristics of somatic symptoms among Chinese patients diagnosed with major depressive episode. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.11.001>
- Joing, I., Vors, O., & Potdevin, F. (2020). The subjective well-being of students in different parts of the school premises in French middle schools. *Child Indicators Research*, 13(4), 1469-1487. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09714-7>
- Kapfhammer, H. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 227-239. <https://doi.org/10.31887%2FDCNS.2006.8.2%2Fhpkapfhammer>
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2014). The Performance of RMSEA in Models With Small Degrees of Freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486-507. <https://doi.org/10.1177/0049124114543236>
- Keyes, C. L. M., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197-201. <https://doi.org/10.1080/17439760902844228>
- Kvalem, I. L., Bårdstu, S., Bergh, I., Nordvik, T., Sogg, S., & Mala, T. (2020). Associations between perceived somatic symptoms and mental health after Roux-en-Y gastric bypass: a 3-year prospective cohort study. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 16(5), 626-632. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.12.018>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaptation*. Oxford University Press

- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new Synthesis*. Springer
- Lee, M. T., Kubzansky, L. D., & VanderWeele, T. J. (Eds.). (2021). *Measuring Well-Being: Interdisciplinary Perspectives from the Social Sciences and the Humanities*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197512531.001.0001>
- Le Nguyen, K. D., & Fredrickson, B. L. (2018). Positive emotions and well-being. In D. S. Dunn (Ed.), *Positive psychology: Established and emerging issues* (pp. 29-45). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781315106304-3>
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 680-690. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.003>
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1504-1510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011>
- Meerwijk, E. L., y Weiss, S. J. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 402-412. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>
- Meerwijk, E. L., y Weiss, S. J. (2014). Toward a unifying definition: response to 'The concept of mental pain'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 62-63. <https://doi.org/10.1159/000348869>
- Mento, C., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Bruno, A., & Zoccali, A. R. (2020). Psychological pain and risk of suicide in adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 34(3). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0270>
- Mewes, R. (2022). Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders. *Frontiers in Public Health*, 10, 4225. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1033203>
- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide (8th ed.)*. Muthén & Muthén.

- Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(1), 71-82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12071000>
- O'Brien, M., & O'Shea, A. (2017). A human development framework for orienting education and schools in the space of wellbeing. <https://ncca.ie/media/2488/a-human-development-frameworksp.pdf>
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *40*(3), 191-201. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14619678/>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *33*(3), 219-230. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>
- Orth, Z., Moosajee, F., & Van Wyk, B. (2022). Measuring mental wellness of adolescents: a systematic review of instruments. *Frontiers in Psychology*, *13*, 730. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835601>
- Osorio, H. D. L., González, I. C. V., & Trujillo, L. E. T. (2018). Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, *27*(2), 85-101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Pérez, E., Medrano, L., & Sánchez, J. (2013). El Path analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, *5*(1), 52-66. <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333427385008.pdf>
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health: What do we know and where next should we go? *Annual Review of Psychology*, *70*, 627-650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>



- Price, D., & McCallum, F. (2016). Well-being in education. In F. McCallum & D. Price (Eds.), *Nurturing Well-being Developing in Education* (pp. 1-21). Routledge.
- Rossi, J. L., Jiménez, J. P., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., Quevedo, Y., Botto, A., Leighton, C., & Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*, *147*(5), 579-588. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000500579>
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, *55*(1), 68-78. [http://www.davidtrotzig.com/uploads/articulos/2000\\_ryandeci\\_spanishampsyach.pdf](http://www.davidtrotzig.com/uploads/articulos/2000_ryandeci_spanishampsyach.pdf)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.
- Ryan, R. & Deci, E. (2020). Intrinsic and Extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, *61*, (2020). <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- 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*(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/034645>
- Ryff, C. D. (2019). Entrepreneurship and eudaimonic well-being: Five venues for new science. *Journal of Business Venturing*, *34*(4), 646-663. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2018.09.003>
- Ryff, C. D., Boylan, J. M., & Kirsch, J. A. (2021). Eudaimonic and Hedonic Well-Being: An Integrative Perspective with Linkages to Sociodemographic Factors and Health. In M.T. Lee, L.D.

- Kubzansky & T. J. VanderWeele (Eds.), *Measuring Well-Being: Interdisciplinary Perspectives from the Social Sciences and the Humanities* (pp. 92-135). Routledge.
- Sandler, J. (1962). Psychology and psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 35(2), 91-100. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1962.tb00507.x>
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>
- Sirgy, M. J. (2020). Positive balance: A theory of well-being and positive mental health. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-40289-1>
- Sirgy, M. J. (2021). The psychology of quality of life: Wellbeing and positive mental health (3rd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-71888-6>
- Soutter, A. K., O'Steen, B., & Gilmore, A. (2014). The student well-being model: A conceptual framework for the development of student well-being indicators. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(4), 496-520. <https://doi.org/10.1080/02673843.2012.754362>
- Steiger, J.H. & Lind, J. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. Comunicación presentada en el meeting anual de la Psychometric Society. Iowa City, mayo de 1980. <https://doi.org/10.1080/10705511.2016.1217487>
- Stellar, J.E., John-Henderson, N., Anderson, C.L., Gordon, A.M., McNeil, G.D., & Keltner, D. (2015). Positive affect and markers of inflammation: discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion* 15(2), 129-133. <https://doi.org/10.1037/emo0000033>
- Svane, D., Evans, N (Snowy)., & Carter, M.A. (2019). Wicked wellbeing: Examining the disconnect between the rhetoric and reality of wellbeing interventions in schools. *Australian Journal of Education*, 63(2), 209-231. <https://doi.org/10.1177/0004944119843144>

- Tang, M., Wang, D. & Guerrien, A. (2021). The Contribution of Basic Psychological Need Satisfaction to Psychological Well-Being via Autonomous Motivation Among Older Adults: A Cross-Cultural Study in China and France. *Frontiers in Psychology*, 12, 1 - 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734461>
- Tobia, V., Greco, A., Steca, P., & Marzocchi, G. M. (2019). Children's wellbeing at school: A multidimensional and multi-informant approach. *Journal of Happiness Studies*, 20(3), 841-861. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9974-2>
- Thorsteinsen, K., & Vittersø, J. (2018). Striving for wellbeing: The different roles of hedonia and eudaimonia in goal pursuit and goal achievement. *International Journal of Wellbeing*, 8(2), 89-109. <https://doi.org/10.5502/ijw.v8i2.733>
- Vecina, M. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827103.pdf>
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Urzúa, A., Silva, J., Contreras, D., & Lillo, S. (2016). Los afectos como mediadores de la relación optimismo y bienestar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 195-202. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990010.pdf>
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weiser, E. B. (2012). Associations between positive and negative affect and 12-month physical disorders in a national sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(2), 197-210. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9277-9>
- Witten, H., Savahl, S., & Adams, S. (2019). Adolescent flourishing: A systematic review. *Cogent Psychology*, 6(1), 1640341. <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1640341>

Recibido: 11 de marzo de 2021

Revisado: 5 de junio de 2023

Aceptado: 7 de junio de 2023