

MÁS ALLÁ DE LA SALUD: MODELO INTEGRAL DE FELICIDAD, BIENESTAR Y FLORECIMIENTO HUMANO

*Beyond Health: An Integral Model of Happiness, Well-Being, and Human
Flourishing*

Recibido 05-08-2026

Aceptado 01-09-2026

Publicado 25-09-2026

DOI: <https://doi.org/10.53485/rsu.v9i3.794>

Ignacio Bonasa Alzuria

LIDERARTE Factoria de Talento, España.

ibonasa@liderarte.org

 <https://orcid.org/0009-0001-3940-4278>

Resumen

Objetivo: fundamentar un modelo multidimensional que amplíe la comprensión de la salud hacia la felicidad, el bienestar y el florecimiento, integrando factores personales, relacionales, materiales y digitales. Metodología: investigación teórico-propositiva sustentada en revisión integradora de literatura sobre modelo biopsicosocial, bienestar subjetivo y eudaimónico, autodeterminación, psicología positiva, sentido, determinantes sociales, capacidades, salud ocupacional y bienestar digital. Resultados: se formula el Modelo Integral de Bienestar Humano con Alma (MIBHA), compuesto por ocho dimensiones -cuerpo, pensamiento, emociones, trascendencia, vida social, vida profesional, finanzas y tecnología- y cinco mecanismos transversales: recursos, agencia, regulación, conexión y significado. Se desarrolla una teoría del cambio, diez proposiciones, una escala preliminar de 40 ítems, indicadores, fases de implementación y salvaguardas éticas. Conclusiones: el bienestar no puede reducirse a una puntuación, un hábito individual ni ausencia de enfermedad. Requiere capacidades reales, entornos justos y gobernanza responsable. El MIBHA ofrece una base contrastable para investigación e intervención, sin sustituir diagnóstico ni tratamiento clínico. La contribución original reside en separar dominios vitales de mecanismos transversales, incorporar la tecnología como dimensión constitutiva y aplicar un principio de no compensación ante privaciones graves.

Palabras clave: bienestar integral; florecimiento humano; felicidad; determinantes sociales; salud mental.

Abstract

Objective: To substantiate a multidimensional model that expands health toward happiness, well-being, and flourishing by integrating personal, relational, material, and digital factors. **Methodology:** A theoretical-propositional study supported by an integrative review of the biopsychosocial model, subjective and eudaimonic well-being, self-determination, positive psychology, meaning, social determinants, capabilities, occupational health, and digital well-being. **Results:** The Integral Model of Human Well-Being with Soul (MIBHA) is formulated around eight dimensions—body, thought, emotions, transcendence, social life, professional life, finances, and technology—and five cross-cutting mechanisms: resources, agency, regulation, connection, and meaning. A theory of change, ten propositions, a preliminary 40-item scale, indicators, implementation phases, and ethical safeguards are developed. **Conclusions:** Well-being cannot be reduced to a score, an individual habit, or the absence of disease. It requires real capabilities, fair environments, and responsible governance. MIBHA offers a testable basis for research and intervention without replacing clinical diagnosis or treatment. Its original contribution lies in separating life domains from cross-cutting mechanisms, treating technology as a constitutive dimension, and introducing a non-compensation principle for severe deprivation. **Keywords:** integral well-being; human flourishing; happiness; social determinants; mental health.

Introducción

La salud ha sido definida durante décadas como algo más que la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en la práctica institucional y en buena parte de la cultura social continúa predominando una lógica reparadora: se interviene cuando aparece el síntoma, se fragmenta a la persona en problemas especializados y se evalúa el éxito principalmente mediante indicadores de morbilidad, riesgo o utilización de servicios. Esta aproximación es indispensable para prevenir daño y tratar enfermedad, pero resulta incompleta para comprender qué permite a una persona vivir, relacionarse, trabajar y decidir de manera plena.

El desplazamiento desde la enfermedad hacia el bienestar no exige abandonar el rigor biomédico, exige ampliar el objeto. Una vida saludable depende de factores físicos, psicológicos, sociales, económicos, profesionales, tecnológicos y existenciales que interactúan a lo largo del tiempo. La investigación sobre determinantes sociales, bienestar subjetivo, salud mental, calidad de vida, resiliencia, propósito y florecimiento ha mostrado que ninguna disciplina aislada puede explicar por sí sola esa complejidad (Diener, 1984; Diener et al., 2018; Helliwell et al., 2024; Graham, 2011).

En este contexto, la felicidad no debe entenderse como euforia permanente, optimismo obligatorio ni producto de consumo. Es una experiencia plural que incluye afectos agradables, evaluación de la vida, sentido, vínculos, autonomía, competencia, pertenencia y capacidad para afrontar sufrimiento. Del mismo modo, el bienestar no equivale a comodidad. Una persona puede

experimentar esfuerzo, incertidumbre o tristeza y, aun así, conservar dirección, apoyo, recursos y posibilidad de crecimiento (Keyes, 2002, 2007; Ryff, 1989, 2014; VanderWeele, 2017).

El problema científico es la fragmentación de los modelos. PERMA (*Positive Emotions / Emociones Positivas, Engagement / Compromiso, Relationships / Relaciones Positivas, Meaning / Sentido, Accomplishment / Logro*) organiza componentes del bienestar; la teoría de la autodeterminación explica necesidades psicológicas básicas; el modelo biopsicosocial supera el reduccionismo biomédico; la perspectiva de capacidades examina libertades reales; los determinantes sociales muestran el peso de las condiciones materiales; y la salud digital obliga a incorporar nuevas formas de exposición, apoyo y desigualdad. Estas contribuciones son potentes, pero rara vez se integran en una arquitectura operativa que conecte persona, contexto, hábitos, instituciones y medición.

Este artículo propone el Modelo Integral de Bienestar Humano con Alma (MIBHA), una estructura teórico-propositiva vinculada a la línea Transformar con Alma y organizada en ocho dimensiones: cuerpo, pensamiento, emociones, trascendencia, vida social, vida profesional, finanzas y tecnología. El término alma funciona como metáfora académica de coherencia, dignidad, identidad, propósito y conciencia ética; no se utiliza como categoría clínica ni confesional.

El objetivo general es fundamentar el MIBHA como marco multidimensional para promoción de salud y florecimiento. Los objetivos específicos son: integrar corrientes relevantes; definir mecanismos y relaciones entre dimensiones; proponer indicadores; formular proposiciones contrastables; y ofrecer una hoja de ruta de aplicación sin atribuir resultados empíricos inexistentes.

Las preguntas de investigación son: ¿qué vacío cubre un modelo de ocho dimensiones frente a marcos consolidados?; ¿mediante qué mecanismos pueden las dimensiones reforzarse o deteriorarse mutuamente?; ¿cómo medir bienestar sin reducirlo a una puntuación única ni responsabilizar exclusivamente al individuo?; y ¿qué salvaguardas son necesarias para evitar la medicalización, la positividad tóxica y la vigilancia digital?

Del modelo biomédico al florecimiento humano

El modelo biomédico permitió avances extraordinarios al identificar mecanismos patológicos, desarrollar tratamientos y establecer protocolos. Su limitación aparece cuando se convierte en única lente y supone que explicar el organismo equivale a comprender la experiencia.

Engel (1977) propuso el modelo biopsicosocial para integrar niveles biológicos, psicológicos y sociales. Esta ampliación abrió espacio a la relación clínica, el contexto y la conducta, aunque su implementación ha sido desigual (Engel, 1977; Galderisi et al., 2015; VanderWeele et al., 2019).

La promoción de la salud introdujo otro cambio: la salud se crea en los escenarios cotidianos y depende de la capacidad de las personas y comunidades para ganar control sobre sus condiciones. La Carta de Ottawa subrayó políticas públicas, entornos favorables, acción comunitaria, habilidades personales y reorientación de servicios. La consecuencia es decisiva: cuidar la salud no es tarea exclusiva del sistema sanitario. (World Health Organization, 1986)

El enfoque de determinantes sociales profundiza esta idea. Ingresos, educación, empleo, vivienda, discriminación, género, redes y territorio distribuyen oportunidades de salud. Por ello, cualquier modelo integral que hable de hábitos sin reconocer restricciones estructurales corre el riesgo de culpabilizar a la persona por daños producidos socialmente. La evidencia institucional reciente mantiene que las desigualdades en salud se explican en gran medida por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (World Health Organization, 2024; Commission on Social Determinants of Health, 2008; Marmot & Wilkinson, 2006; Marmot, 2015; World Health Organization, 2024).

El florecimiento añade una pregunta positiva: además de reducir sufrimiento, ¿qué condiciones permiten desarrollar capacidades y participar en proyectos valiosos? Keyes distinguió salud mental de ausencia de trastorno; Ryff formuló bienestar psicológico eudaimónico; Sen y Nussbaum situaron el bienestar en libertades y capacidades reales. Estas perspectivas ayudan a comprender que la vida buena no es una lista universal de placeres, sino la posibilidad efectiva de elegir, vincularse y contribuir (Sen, 1999; Nussbaum, 2011; Prilleltensky, 2012).

El MIBHA adopta una posición de complementariedad crítica. La enfermedad necesita diagnóstico y tratamiento; el bienestar requiere prevención, recursos, sentido y justicia. El modelo no sustituye evaluación clínica ni pretende convertir toda dificultad en intervención sanitaria. Busca un lenguaje compartido para educación, organizaciones, comunidades y servicios.

Fundamentos conceptuales

Bienestar hedónico y eudaimónico

El bienestar hedónico se relaciona con afectos y satisfacción vital; el eudaimónico, con funcionamiento, sentido, crecimiento y coherencia. La oposición estricta entre ambos es poco útil. Una vida plena necesita disfrute y propósito, descanso y reto, aceptación y desarrollo. El MIBHA

los considera componentes complementarios y contextuales (Diener, 1984; Ryff, 1989, 2014; Huppert & So, 2013).

La medición debe distinguir frecuencia e intensidad de afectos, evaluación cognitiva, sentido y funcionamiento. Una puntuación global puede ocultar perfiles diferentes: dos personas con la misma satisfacción vital pueden divergir en soledad, salud física o precariedad. Por ello se propone un perfil multidimensional y no un ranking moral de felicidad. La investigación contemporánea sobre bienestar subjetivo recomienda combinar evaluaciones globales con perfiles y contextos de vida (Diener et al., 2018).

Teoría de la autodeterminación

Deci y Ryan sostienen que autonomía, competencia y relación constituyen necesidades psicológicas básicas. Su satisfacción favorece motivación autónoma y bienestar; su frustración se asocia con malestar. Estas necesidades atraviesan las ocho dimensiones: la autonomía influye en decisiones sanitarias y financieras; la competencia en aprendizaje y trabajo; y la relación en apoyo social y pertenencia (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017; Tay & Diener, 2011).

La autonomía no es individualismo. Las decisiones se toman en contextos de dependencia y cuidado. El modelo adopta una autonomía relacional: capacidad de decidir con información, apoyo y ausencia de coerción.

Psicología positiva y PERMA

PERMA organiza emoción positiva, compromiso, relaciones, significado y logro. Su valor reside en mostrar que el bienestar no es unidimensional. Sin embargo, no representa por sí solo condiciones materiales, salud corporal, finanzas o tecnología. El MIBHA no compite con PERMA: lo incorpora en una arquitectura más amplia y presta atención a riesgos, desigualdades y contextos institucionales (Seligman, 2011; Butler & Kern, 2016; Fredrickson, 2001; Adler & Seligman, 2016).

La psicología positiva ha sido criticada cuando se interpreta como mandato de optimismo o desconecta la experiencia del contexto. El modelo responde incorporando sufrimiento legítimo, emociones desagradables funcionales, determinantes sociales y responsabilidad institucional.

Sentido, propósito y trascendencia

El sentido integra coherencia, propósito y significancia. Frankl destacó la capacidad de encontrar dirección incluso en circunstancias adversas, sin romantizar el sufrimiento. La trascendencia, en este artículo, incluye espiritualidad religiosa o secular, pertenencia a algo mayor,

legado, servicio, contemplación y valores últimos (Frankl, 2006; Park, 2010; Steger, 2012; Martela & Steger, 2016).

No se presupone que todas las personas deban adoptar una práctica espiritual. La dimensión se evalúa por libertad, coherencia y apoyo, evitando proselitismo. Su función es reconocer que muchas decisiones de salud y vida dependen de preguntas de significado que no se resuelven solo con información.

Determinantes sociales, capacidades y equidad

El bienestar depende de recursos y oportunidades. La perspectiva de capacidades pregunta qué puede realmente ser y hacer una persona. Ingresos idénticos pueden producir libertades distintas según discapacidad, cuidados, territorio o discriminación. Por ello, la dimensión financiera no se reduce a educación presupuestaria, y la social no se reduce a número de contactos (Sen, 1999; Nussbaum, 2011; OECD, 2020, 2024; United Nations, 2015).

La equidad exige desagregar resultados y analizar quién se beneficia. Un programa puede mejorar el promedio mientras amplía brechas. El MIBHA incorpora una prueba distributiva: toda intervención debe examinar accesibilidad, cargas, sesgos y consecuencias no previstas.

Salud digital y bienestar tecnológico

La tecnología puede facilitar acceso, apoyo, aprendizaje y autocuidado; también puede intensificar vigilancia, comparación, desinformación, sedentarismo y dependencia. El bienestar tecnológico no consiste en rechazar pantallas, sino en gobernar usos, tiempos, datos y diseño (World Health Organization, 2021; OECD, 2020).

La alfabetización digital debe incluir privacidad, verificación, atención, límites, accesibilidad y comprensión de algoritmos. Las soluciones digitales de bienestar necesitan evidencia, consentimiento, seguridad y alternativas no digitales.

Metodología

El estudio adopta un diseño teórico-propositivo basado en revisión integradora y síntesis conceptual abductiva. Esta modalidad es adecuada cuando el objetivo es articular campos heterogéneos, identificar mecanismos y construir una propuesta susceptible de validación. No se presentan datos primarios ni se formulan afirmaciones causales sobre la eficacia del modelo (Bronfenbrenner, 1979; Antonovsky, 1987).

La búsqueda conceptual se organizó en siete núcleos: *salud biopsicosocial; bienestar subjetivo y psicológico; autodeterminación; sentido y espiritualidad; determinantes sociales y*

capacidades; salud ocupacional y financiera; y bienestar digital. Se priorizaron obras seminales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, marcos institucionales y contribuciones recientes con relevancia transversal.

Los criterios de inclusión fueron: definición explícita de constructos; relevancia para una o más dimensiones; respaldo teórico o empírico reconocible; posibilidad de traducción en mecanismos o indicadores; y atención a implicaciones éticas. Se excluyeron formulaciones promocionales sin metodología, modelos que equiparan bienestar con productividad y fuentes que atribuyen eficacia clínica sin evidencia suficiente.

La síntesis siguió cuatro pasos. Primero, se extrajeron constructos, niveles y mecanismos. Segundo, se identificaron convergencias y tensiones. Tercero, se agruparon los dominios en ocho dimensiones comprensibles y no redundantes. Cuarto, se formularon principios, proposiciones, indicadores y una teoría del cambio (Lomas et al., 2015).

Para mejorar la calidad conceptual se aplicaron seis criterios: claridad definicional, coherencia interna, parsimonia suficiente, diferenciación frente a modelos existentes, utilidad práctica y falsabilidad. Se realizó además una revisión de riesgos: sesgo individualista, positivismo obligatorio, medicalización, intrusión de privacidad, imposición cultural y confusión entre bienestar y ausencia de conflicto.

La experiencia profesional del autor en programas de bienestar y transformación se utiliza como fuente de problematización y diseño, no como prueba de resultados. La validación requerirá estudios cualitativos, psicométricos, longitudinales y de implementación.

Modelo Integral de Bienestar Humano con Alma (MIBHA)

Estrategia de construcción conceptual

La construcción del MIBHA siguió una lógica de síntesis configuracional. En lugar de sumar indicadores procedentes de marcos previos, se identificaron primero los problemas que un modelo integral debía explicar: la coexistencia de bienestar y sufrimiento, la dependencia entre recursos personales y condiciones estructurales, la creciente mediación tecnológica de la vida y la necesidad de distinguir satisfacción momentánea de capacidad sostenible para vivir con sentido. A partir de estos problemas se compararon constructos, unidades de análisis, mecanismos y resultados de los principales enfoques de salud y bienestar.

El procedimiento se organizó en cuatro movimientos. Primero, descomposición: cada marco fue analizado según definición de bienestar, dimensiones, supuestos antropológicos, nivel

de análisis, instrumentos y limitaciones. Segundo, contraste: se localizaron convergencias y ausencias. Tercero, recomposición: las categorías se agruparon según su capacidad para representar ámbitos de vida reconocibles y susceptibles de intervención. Cuarto, prueba de suficiencia: se verificó si cada dimensión añadía información no reducible a las demás y si el conjunto permitía explicar tanto recursos individuales como condiciones de contexto.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aportaciones seminales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, marcos institucionales y estudios de validación que cumplieran al menos uno de los siguientes criterios: influencia demostrada en investigación del bienestar; utilización internacional; capacidad para relacionar bienestar subjetivo y funcionamiento; atención a determinantes sociales; o relevancia para salud digital. Se excluyeron fuentes puramente divulgativas, modelos comerciales sin trazabilidad metodológica y propuestas que equiparaban bienestar con una única emoción o resultado económico.

Criterios de calidad teórica

La calidad de la propuesta se examinó mediante seis criterios: claridad conceptual, parsimonia, diferenciación, coherencia causal, operacionalización y sensibilidad ética. La claridad exige definiciones que permitan distinguir dimensiones; la parsimonia evita proliferación innecesaria; la diferenciación comprueba el valor incremental frente a modelos existentes; la coherencia causal conecta condiciones, mecanismos y resultados; la operacionalización permite formular indicadores; y la sensibilidad ética identifica usos potencialmente dañinos.

Reflexividad y control del sesgo

Dado que el modelo se vincula con la trayectoria profesional del autor, se aplicó una regla explícita de separación entre experiencia generadora de hipótesis y evidencia confirmatoria. La experiencia se utilizó para formular preguntas, no para atribuir eficacia. Asimismo, se incorporaron deliberadamente perspectivas críticas sobre felicidad obligatoria, individualización del sufrimiento, sesgo cultural y vigilancia digital. Esta reflexividad no elimina el sesgo, pero lo hace visible y reduce la tendencia a seleccionar únicamente argumentos favorables.

El MIBHA define el bienestar integral como la capacidad dinámica de una persona o comunidad para cuidar el cuerpo, comprender y orientar el pensamiento, regular y expresar emociones, construir sentido, mantener vínculos, participar en un trabajo digno, gestionar recursos

económicos y relacionarse con la tecnología de manera autónoma y segura, dentro de condiciones sociales que hagan posibles esas capacidades.

El modelo es dinámico porque el equilibrio perfecto no existe. Las dimensiones cambian con el ciclo vital y pueden compensarse temporalmente. Es contextual porque los recursos y significados dependen de cultura y circunstancias. Es relacional porque el bienestar individual está conectado con otros. Es ético porque rechaza obtener bienestar de unos mediante el daño de otros. La metáfora con alma añade cuatro criterios: dignidad, coherencia, propósito y cuidado. Una intervención puede aumentar una métrica y, aun así, carecer de alma si invade privacidad, discrimina, manipula u oculta causas estructurales.

Resultados: El modelo y las ocho dimensiones

Figura 1

Arquitectura multidimensional del MIBHA

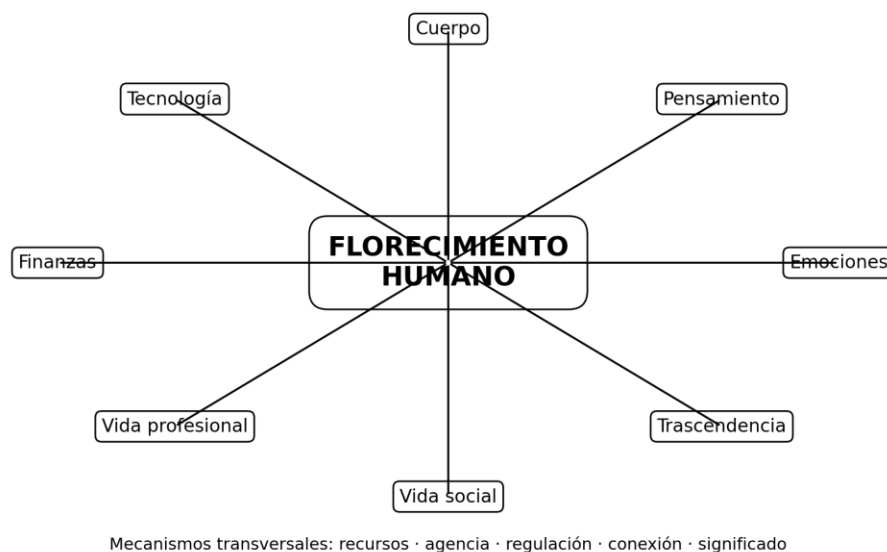


Tabla 1

Matriz descriptiva de la arquitectura multidimensional del MIBHA

Dimensión	Contenido central	Riesgo de reducción
Cuerpo	Salud, sueño, movimiento, dolor y acceso	Ideal corporal o ausencia de enfermedad
Pensamiento	Atención, juicio, aprendizaje y flexibilidad	Positividad acrítica
Emociones	Conciencia, regulación y expresión	Felicidad obligatoria
Trascendencia	Propósito, valores, legado y espiritualidad	Imposición confesional

Vida social	Vínculos, pertenencia, apoyo y seguridad	Número de contactos
Vida profesional	Trabajo digno, sentido y carga sostenible	Productividad individual
Finanzas	Seguridad, control y protección	Curso de presupuesto
Tecnología	Autonomía, privacidad, atención y acceso	Tiempo de pantalla aislado

Cuerpo

Comprende salud física, sueño, movimiento, alimentación, dolor, sexualidad, prevención, descanso y acceso a cuidados. No se define por un ideal corporal ni por ausencia total de enfermedad. Una persona con condición crónica puede experimentar alto bienestar cuando dispone de control, apoyo, tratamiento y participación (McEwen, 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

Los mecanismos incluyen regulación fisiológica, energía, recuperación y capacidad funcional. Las prácticas deben evitar estigma de peso, capacitismo y recomendaciones universales. Indicadores: sueño reparador, vitalidad, dolor interferente, actividad adaptada, acceso a atención y percepción de salud.

Pensamiento

Incluye atención, flexibilidad cognitiva, aprendizaje, metacognición, juicio y capacidad para interpretar información. El objetivo no es pensar positivamente, sino pensar con claridad, reconocer sesgos y tolerar incertidumbre (Bandura, 1997).

La sobrecarga informativa y la desinformación afectan esta dimensión. Intervenciones posibles: alfabetización en salud, pensamiento crítico, pausas cognitivas, aprendizaje continuo y diseño de entornos que reduzcan interrupciones.

Emociones

Incluye conciencia, aceptación, regulación, expresión y uso informativo de emociones. Todas las emociones cumplen funciones. La tristeza puede señalar pérdida; la ira, injusticia; el miedo, amenaza. El problema aparece cuando la intensidad, duración o estrategias de regulación generan deterioro (Thompson, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Luthans et al., 2015).

La alfabetización emocional no sustituye atención profesional cuando existe trastorno. Indicadores: claridad emocional, repertorio de regulación, apoyo, recuperación y ausencia de presión para ocultar malestar.

Trascendencia

Incluye propósito, valores, espiritualidad, legado, gratitud, contemplación y contribución. Debe respetar pluralismo. Su mecanismo es aportar orientación y continuidad narrativa, especialmente en transiciones, enfermedad o pérdida.

Indicadores: claridad de valores, sentido, coherencia, libertad espiritual y oportunidades de contribución. No se mide por adhesión religiosa ni por conformidad cultural.

Vida social

Comprende vínculos, pertenencia, reciprocidad, apoyo, intimidad, participación y seguridad relacional. Importa la calidad más que el número. La soledad puede existir en redes amplias; la conexión puede existir en redes pequeñas (Baumeister & Leary, 1995; Berkman et al., 2000; Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

La dimensión incluye protección frente a violencia, discriminación y aislamiento. Indicadores: apoyo disponible, confianza, pertenencia, conflictos reparables, participación y seguridad.

Vida profesional

Incluye trabajo digno, sentido, autonomía, aprendizaje, carga sostenible, reconocimiento y posibilidad de conciliación. No se limita al empleo remunerado; incorpora cuidados, estudio, voluntariado y transiciones (Bakker & Demerouti, 2017; Allan et al., 2019; Wrzesniewski et al., 1997; International Labour Organization, 2022).

El bienestar profesional no consiste en adaptación infinita a condiciones dañinas. Debe analizar demandas, recursos, justicia y seguridad psicológica. Indicadores: sentido, autonomía, agotamiento, desarrollo, empleabilidad y compatibilidad con la vida.

Finanzas

Incluye seguridad material, capacidad de afrontar gastos, planificación, comprensión y ausencia de explotación. La educación financiera ayuda, pero no resuelve salarios insuficientes, deuda abusiva o desigualdad. (OECD, 2024)

Indicadores: tensión financiera, margen ante imprevistos, acceso a servicios, capacidad de decisión y percepción de control. Las intervenciones deben combinar habilidades con protección y políticas justas.

Tecnología

Incluye acceso, competencia, autonomía, atención, privacidad, seguridad y equilibrio. La tecnología es determinante transversal: condiciona empleo, salud, relaciones y finanzas.

Indicadores: control sobre notificaciones y tiempo, capacidad para desconectar, seguridad, comprensión de datos, accesibilidad y beneficio percibido. Toda intervención digital debe ofrecer consentimiento informado y salida.

Arquitectura relacional y mecanismos

Las dimensiones no son compartimentos. El sueño afecta atención y regulación emocional; la precariedad financiera deteriora salud y relaciones; el trabajo puede aportar sentido o agotamiento; la tecnología puede conectar o aislar. El modelo propone estudiar configuraciones y bucles, no solo correlaciones aisladas.

Se identifican cinco mecanismos transversales: *recursos, agencia, regulación, conexión y significado*. Los recursos incluyen tiempo, ingresos, acceso y apoyo. La agencia es capacidad real de decidir. La regulación permite mantener estabilidad flexible. La conexión enlaza con personas e instituciones. El significado organiza prioridades.

Los mecanismos pueden producir círculos virtuosos o viciosos. Una mejora del sueño puede aumentar energía, mejorar decisiones y relaciones. Una deuda puede generar preocupación, insomnio, conflicto y menor rendimiento. Las intervenciones deben localizar la palanca con mayor efecto y menor carga.

La coherencia es un metamecanismo: alineación entre valores, hábitos y contexto. No exige perfección; exige reconocer contradicciones y decidir conscientemente.

Diferenciación frente a otros modelos

Frente a PERMA, el MIBHA incorpora cuerpo, pensamiento, trabajo, finanzas y tecnología, además de una prueba de equidad. Frente al modelo biopsicosocial, ofrece mayor granularidad operativa y una dimensión explícita de sentido. Frente a la rueda del bienestar, añade mecanismos, teoría del cambio y salvaguardas. Frente a los modelos de calidad de vida, se centra en capacidades dinámicas y relaciones entre dominios. (Butler & Kern, 2016; Ryan & Deci, 2017; World Health Organization, 2022)

La originalidad no reside en afirmar que existen ocho aspectos de vida, sino en combinar: arquitectura dimensional, mecanismos transversales, enfoque de capacidades, prueba ética, perfil

no compensatorio y ciclo de transformación. Una puntuación alta en unas dimensiones no debe ocultar daño grave en otra.

El modelo propone un principio de umbral: ciertas condiciones -violencia, inseguridad extrema, vulneración de derechos o riesgo clínico- requieren prioridad aunque el promedio sea favorable. Esto evita convertir el bienestar en suma compensable.

Teoría del cambio

Figura 2

Teoría de cambio del MIBHA

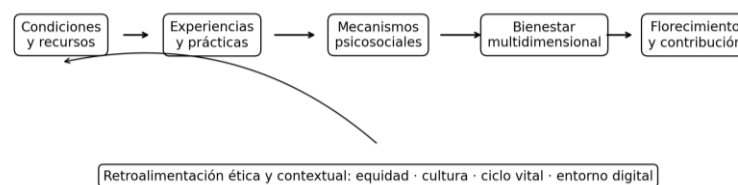


Tabla 2

Comparación del MIBHA con marcos internacionales de bienestar

Marco	Unidad central	Dimensiones/énfasis	Fortaleza	Límite principal	Aporte diferencial del MIBHA
Modelo biopsicosocial	Salud y enfermedad	Biología, psicología y sociedad	Supera reduccionismo biomédico	No prescribe arquitectura amplia de bienestar	Añade dominios vitales, tecnología y mecanismos de transformación
PERMA	Florecimiento individual	Emoción, compromiso, relaciones, sentido y logro	Lenguaje accesible y medible	Menor atención a condiciones materiales y poder	Integra cuerpo, finanzas, trabajo, tecnología y equidad contextual
Teoría de la autodeterminación	Motivación y funcionamiento	Autonomía, competencia y relación	Mecanismos psicológicos robustos	No cubre por sí sola todos los ámbitos vitales	Usa agencia y conexión como mecanismos transversales
WHOQOL	Calidad de vida percibida	Salud física, psicológica, relaciones y ambiente	Amplia validación internacional	Orientación principalmente evaluativa	Añade teoría del cambio, acción y gobernanza ética
Flourishing Index	Florecimiento humano	Felicidad, salud, significado, carácter, relaciones, seguridad financiera	Cobertura amplia y comparabilidad	Menor desarrollo del entorno tecnológico y laboral	Distingue ocho dominios e incorpora interdependencias

Marco	Unidad central	Dimensiones/ énfasis	Fortaleza	Límite principal	Aporte diferencial del MIBHA
OECD Better Life	Bienestar social	Condiciones materiales y calidad de vida	Potencia de indicadores poblacionales	Menor foco en mecanismos personales	Conecta niveles individual, organizacional y público
Salutogénesis	Origen de la salud	Comprensibilidad , manejabilidad y significado	Orientación a recursos y resiliencia	Cobertura limitada de dominios contemporáneos	Integra recursos, agencia y tecnología en una arquitectura completa

La Tabla 2 muestra que el MIBHA no pretende sustituir los marcos consolidados. Su contribución consiste en integrarlos dentro de una arquitectura que hace visibles dominios frecuentemente separados, incorpora la tecnología como condición de vida y articula cinco mecanismos transversales. La comparación también delimita su alcance: es un metamodelo orientado a diagnóstico, conversación y diseño de intervenciones, no un sustituto de instrumentos clínicos o poblacionales validados.

La teoría del cambio comienza con diagnóstico participativo y seguro. Los insumos son evidencia, liderazgo, recursos, redes y gobernanza. Las actividades incluyen escucha, educación, rediseño de entornos, acceso a apoyos, protección y seguimiento. Los productos son capacidades, prácticas y cambios de contexto. Los resultados intermedios son agencia, conexión, regulación y sentido. El impacto esperado es mayor bienestar integral y menor desigualdad.

El ciclo 4A activa la transformación: Aprendizaje identifica patrones y evidencia; Actitud moviliza apertura y responsabilidad; Alma conecta con dignidad y propósito; Acción convierte intención en hábitos y decisiones. El ciclo es iterativo y debe operar en persona, equipo e institución.

La teoría prevé moderadores: edad, género, discapacidad, cultura, nivel socioeconómico, territorio, condiciones de salud y acceso digital. No se espera un efecto uniforme. La adaptación contextual es parte del modelo, no una desviación.

Proposiciones teóricas

Contribución científica original

La originalidad del MIBHA no reside en afirmar que el bienestar es multidimensional, idea ampliamente consolidada, sino en cinco decisiones teóricas combinadas. Primera, separa dominios de vida de mecanismos transversales: cuerpo o finanzas describen ámbitos; agencia o significado

explican cómo pueden transformarse. Segunda, incorpora tecnología como dimensión constitutiva y no como simple herramienta. Tercera, vincula bienestar con capacidad de acción mediante el ciclo 4A. Cuarta, integra indicadores subjetivos, objetivos y éticos. Quinta, adopta una lógica de suficiencia y umbrales: un promedio elevado no compensa necesariamente una privación grave.

Esta configuración permite plantear hipótesis que otros marcos no formulan con igual precisión. Por ejemplo, que la autonomía puede mejorar varias dimensiones simultáneamente; que la precariedad financiera reduce el efecto de intervenciones emocionales; o que una alta conectividad digital puede coexistir con deterioro social y cognitivo. El modelo desplaza la pregunta desde cuánto bienestar tiene una persona hacia cómo se configura, qué lo sostiene y dónde se encuentran los cuellos de botella.

Hipótesis de interdependencia y no compensación

El modelo asume interdependencia asimétrica. Las dimensiones se influyen, pero no son intercambiables. Una mejora en vida profesional puede aumentar recursos financieros y sentido, aunque también deteriorar cuerpo o relaciones si exige sobrecarga. Por ello, la evaluación debe observar perfiles y trayectorias, no solo puntuaciones globales. Se propone además un principio de no compensación ética: privaciones severas en seguridad, salud, violencia o acceso a recursos requieren atención prioritaria aunque el promedio general resulte favorable.

Niveles de análisis

El MIBHA puede aplicarse en cuatro niveles conectados: persona, relación o equipo, organización y política pública. En el nivel personal identifica patrones; en el relacional analiza apoyo, reconocimiento y conflicto; en el organizacional examina diseño del trabajo y cultura; y en el público considera acceso, desigualdad e infraestructura. Esta estructura multinivel evita atribuir a la persona problemas producidos por instituciones y permite distribuir responsabilidades.

P1. Un perfil equilibrado por encima de umbrales mínimos se asociará más fuertemente con florecimiento que una puntuación promedio elevada con déficits severos en una dimensión.

P2. La agencia mediará parcialmente la relación entre recursos contextuales y bienestar integral.

P3. La coherencia entre valores, decisiones y prácticas se asociará con sentido y menor agotamiento, controlando satisfacción hedónica.

P4. La seguridad financiera influirá indirectamente en salud física y emocional mediante reducción de estrés e incremento de capacidad de elección.

P5. El bienestar tecnológico moderará la relación entre uso digital y bienestar social: usos con autonomía y propósito serán beneficiosos; usos compulsivos o vigilados, perjudiciales.

P6. Las intervenciones multidimensionales coordinadas producirán efectos más sostenibles que acciones aisladas cuando actúen simultáneamente sobre habilidades y contexto.

P7. La seguridad relacional mediará el efecto del apoyo social y del trabajo digno sobre regulación emocional.

P8. La dimensión de trascendencia mostrará efectos positivos cuando sea autónoma y plural, pero efectos nulos o negativos cuando sea coercitiva.

P9. La mejora promedio sin reducción de brechas será insuficiente para considerar exitosa una intervención de bienestar.

P10. El ciclo 4A aumentará transferencia cuando cada fase se traduzca en compromisos observables y seguimiento.

Operacionalización y escala preliminar MIBHA-40

Se propone una escala inicial de 40 ítems, cinco por dimensión, con respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). No es un instrumento validado ni debe utilizarse para diagnóstico clínico. Su finalidad es orientar investigación psicométrica. (International Test Commission, 2017; Kline, 2023; Putnick & Bornstein, 2016)

La validación deberá incluir revisión de expertos, entrevistas cognitivas, análisis factorial exploratorio y confirmatorio, fiabilidad, invariancia, validez convergente y discriminante, y relación con salud, satisfacción vital y funcionamiento. Deben probarse modelos de ocho factores correlacionados, factor de segundo orden y redes.

Además de la puntuación, se recomienda informar perfiles, umbrales y dispersión. Los datos deben permanecer bajo control de participantes y no utilizarse para decisiones laborales, aseguradoras o crediticias.

Tabla 3

Operacionalización MIBHA

Dimensión	Ítem preliminar
Cuerpo	Dispongo de energía suficiente para mis actividades
Cuerpo	Mi descanso permite recuperarme
Cuerpo	Puedo acceder a cuidados cuando los necesito
Cuerpo	Mi cuerpo me permite participar en actividades valiosas
Cuerpo	Cuido mi salud sin sentir presión por un ideal corporal
Pensamiento	Puedo concentrarme en lo importante

Pensamiento	Distingo información fiable de la dudosa
Pensamiento	Aprendo de mis errores
Pensamiento	Tolero no tener respuestas inmediatas
Pensamiento	Reviso mis propias interpretaciones
Emociones	Reconozco lo que siento
Emociones	Dispongo de varias formas de regularme
Emociones	Puedo expresar malestar con seguridad
Emociones	Me recupero tras situaciones difíciles
Emociones	No siento obligación de parecer feliz
Trascendencia	Mi vida tiene dirección
Trascendencia	Mis decisiones son coherentes con mis valores
Trascendencia	Siento que contribuyo a algo valioso
Trascendencia	Dispongo de espacios de reflexión
Trascendencia	Puedo vivir mis convicciones con libertad
Vida social	Tengo personas a quienes recurrir
Vida social	Siento pertenencia
Vida social	Mis relaciones permiten reciprocidad
Vida social	Puedo reparar conflictos importantes
Vida social	Me siento seguro en mis vínculos
Vida profesional	Mi actividad tiene sentido
Vida profesional	Dispongo de autonomía suficiente
Vida profesional	Mi carga es sostenible
Vida profesional	Tengo oportunidades de aprender
Vida profesional	Mi actividad es compatible con mi vida
Finanzas	Puedo afrontar gastos esenciales
Finanzas	Tengo margen ante imprevistos
Finanzas	Comprendo mis decisiones financieras
Finanzas	No me siento atrapado por prácticas abusivas
Finanzas	Percibo control razonable sobre mis recursos
Tecnología	Controlo mis notificaciones y tiempos
Tecnología	Comprendo cómo se usan mis datos
Tecnología	Puedo desconectar sin consecuencias graves
Tecnología	La tecnología amplía mis capacidades
Tecnología	Dispongo de alternativas cuando una herramienta no me conviene

Indicadores y cuadro de mando ético

La medición combina indicadores subjetivos, conductuales, contextuales y distributivos. Los subjetivos captan experiencia; los conductuales, prácticas; los contextuales, oportunidades; los distributivos, brechas. Ninguna fuente es suficiente por sí sola.

Un cuadro ético incluye propósito de medición, minimización de datos, consentimiento, acceso restringido, plazos de conservación, derecho a rectificación y prohibición de usos punitivos. La medición debe generar apoyo, no vigilancia.

Se propone la regla de doble materialidad: evaluar cómo el contexto afecta el bienestar y cómo las prácticas de bienestar afectan a terceros y al entorno. Por ejemplo, una solución tecnológica puede beneficiar al usuario y, a la vez, explotar datos o trabajo invisible.

Tabla 4

Indicadores y cuadro de mando

Dimensión	Indicador subjetivo	Indicador contextual	Alerta ética
Cuerpo	Vitalidad y sueño	Acceso y tiempo de cuidado	Estigma/capacitismo
Pensamiento	Claridad y atención	Carga informativa	Manipulación
Emociones	Regulación y recuperación	Seguridad para expresar	Positividad tóxica
Trascendencia	Sentido y coherencia	Pluralismo	Proselitismo
Social	Pertenencia y apoyo	Violencia/discriminación	Exclusión
Profesional	Sentido y agotamiento	Carga, justicia, autonomía	Productivismo
Finanzas	Tensión y control	Ingresos y protección	Culpabilización
Tecnología	Autonomía y beneficio	Privacidad y acceso	Vigilancia

Hoja de ruta de implementación

Fase 1, mandato ético: definir propósito, alcance, límites y gobernanza. Fase 2, escucha: recoger experiencias con participación diversa. Fase 3, perfil: identificar fortalezas, umbrales críticos y desigualdades. Fase 4, priorización: seleccionar palancas mediante impacto, factibilidad y equidad. Fase 5, co-diseño: combinar capacidades individuales y cambios estructurales. Fase 6, pilotaje: probar en pequeña escala. Fase 7, evaluación: medir proceso, resultado y daño. Fase 8, aprendizaje: adaptar y rendir cuentas.

En organizaciones, la implantación debe coordinar bienestar con prevención de riesgos, liderazgo, compensación, tecnología y diseño del trabajo. En universidades, con currículo, servicios, campus, evaluación y convivencia. En comunidades, con atención primaria, asociaciones y políticas locales.

La comunicación debe evitar promesas de felicidad. Es preferible hablar de condiciones, capacidades y apoyos. Los responsables deben reconocer límites y vías de derivación profesional.

Aplicación ilustrativa

Se presenta un escenario hipotético para mostrar el uso del modelo. Una institución detecta agotamiento, soledad y preocupación financiera. Una respuesta fragmentada ofrecería meditación, evento social y curso de finanzas. El MIBHA comienza examinando carga, horarios, ingresos, apoyo y canales digitales.

El diagnóstico identifica reuniones fuera de horario, baja previsibilidad, contratos inestables y exceso de notificaciones. La intervención combina rediseño de reuniones, planificación de cargas, orientación financiera confidencial, espacios de conexión y reglas digitales. El ciclo 4A ayuda a comprender patrones, revisar actitudes, conectar con valores de cuidado y ejecutar cambios.

Los resultados se evaluarían mediante sueño, agotamiento, seguridad financiera, pertenencia, control digital y distribución por grupos. El ejemplo no constituye evidencia; muestra que el modelo evita responsabilizar al individuo por causas sistémicas.

Riesgos éticos y salvaguardas

- El primer riesgo es la positividad tóxica: invalidar dolor o exigir entusiasmo. Salvaguarda: normalizar emociones y ofrecer apoyo.
- El segundo es la medicalización: convertir variaciones humanas en trastorno. Salvaguarda: distinguir promoción, prevención y atención clínica.
- El tercer riesgo es el individualismo: ofrecer hábitos sin cambiar condiciones. Salvaguarda: incluir indicadores contextuales y responsables institucionales.
- El cuarto es la vigilancia: recopilar datos íntimos. Salvaguarda: minimización, consentimiento y prohibición de usos punitivos.
- El quinto riesgo es la imposición cultural o espiritual. Salvaguarda: pluralismo, adaptación y derecho a no participar.
- El sexto es la desigualdad de acceso. Salvaguarda: diseño universal, alternativas y análisis distributivo.
- El séptimo es el bienestar como productividad. Salvaguarda: reconocer valor intrínseco y límites al rendimiento.

Aplicaciones del modelo en distintos contextos

En atención primaria, el MIBHA puede emplearse como mapa conversacional breve para detectar factores que condicionan la capacidad de autocuidado. Su uso no exige aplicar cuarenta

ítems en consulta. Puede comenzar con preguntas abiertas sobre sueño, preocupación económica, apoyo, trabajo y acceso digital. La finalidad es reconocer barreras, orientar educación y activar recursos comunitarios, sin convertir al profesional sanitario en responsable de resolver todos los determinantes.

En salud pública, el modelo permite diseñar intervenciones intersectoriales. Un programa contra la soledad puede combinar prescripción social, transporte, accesibilidad y alfabetización digital. Un programa de salud cardiovascular puede incorporar horarios laborales, alimentación disponible y tensión financiera. El marco evita que campañas centradas en conducta ignoren el entorno que hace esa conducta viable.

En organizaciones, las ocho dimensiones ayudan a separar beneficios individuales de condiciones de trabajo. Una aplicación de meditación puede apoyar regulación emocional, pero no compensa carga excesiva. La intervención debe revisar diseño del trabajo, liderazgo, remuneración, seguridad psicológica y reglas tecnológicas. La medición se realiza en agregados protegidos y nunca para clasificar personas.

En educación superior, el MIBHA puede integrarse en currículo, tutoría, servicios, campus y política digital. La dimensión profesional se traduce en proyecto vital y empleabilidad digna; la financiera, en apoyos y prevención del abandono; la tecnológica, en autoría, atención y privacidad. El bienestar estudiantil no debe convertirse en requisito de rendimiento ni ocultar desigualdades.

En comunidades, la participación es central. Las dimensiones se interpretan localmente y se priorizan con asociaciones, servicios y ciudadanía. El modelo no prescribe una vida ideal desde fuera. Su función es estructurar preguntas: qué capacidades importan, qué barreras existen, quién soporta costes y qué activos comunitarios pueden fortalecerse.

En políticas públicas, el MIBHA puede complementar indicadores macroeconómicos mediante tableros de bienestar. Sin embargo, el uso gubernamental exige transparencia, representatividad y protección frente a simplificaciones. Un índice nacional no debe ocultar perfiles territoriales ni sustituir deliberación democrática sobre prioridades.

Protocolo propuesto de validación científica

La primera etapa será validación de contenido mediante un panel Delphi internacional y multidisciplinario. Debería incluir salud pública, psicología, medicina, enfermería, sociología, economía, ética, tecnología, trabajo social y representantes ciudadanos. Los expertos valorarían claridad, relevancia, suficiencia, solapamiento y sensibilidad cultural de dimensiones e ítems.

La segunda etapa consistirá en entrevistas cognitivas con personas diversas. Se explorará cómo interpretan bienestar, alma, trascendencia, finanzas y tecnología; si algún ítem genera culpa, invasión o ambigüedad; y qué lenguaje resulta accesible. Las revisiones deben preservar la teoría sin imponer terminología académica.

La tercera etapa será un estudio piloto con muestra heterogénea. Se examinarán distribución, datos perdidos, efectos suelo y techo, consistencia interna y correlaciones. La depuración no debe basarse solo en criterios estadísticos: un ítem éticamente importante puede mantenerse aunque tenga menor homogeneidad.

La cuarta etapa aplicará análisis factorial exploratorio y confirmatorio en muestras independientes. Se compararán ocho factores correlacionados, factor general de segundo orden, bifactor y modelos de red. La elección se apoyará en ajuste, interpretabilidad y utilidad, evitando forzar un único índice si los datos respaldan perfiles.

La quinta etapa estudiará invariancia por género, edad, discapacidad, país y situación socioeconómica. Sin invariancia, las comparaciones pueden ser injustas. También se analizará funcionamiento diferencial de ítems y se crearán versiones accesibles.

La sexta etapa evaluará validez convergente con satisfacción vital, florecimiento, salud mental, apoyo social, estrés financiero y bienestar digital; validez discriminante frente a personalidad y discapacidad social; y validez incremental sobre modelos existentes.

La séptima etapa será longitudinal. Se estimarán estabilidad, sensibilidad al cambio y direccionalidad entre dimensiones. Los diseños intensivos pueden mostrar secuencias diarias, mientras que cohortes permitirán estudiar transiciones vitales. Finalmente, ensayos pragmáticos y diseños cuasiexperimentales evaluarán intervenciones inspiradas en el modelo, incluyendo efectos adversos y desigualdades.

Gobernanza, datos e inteligencia artificial

Fase cualitativa y validez de contenido

La validación deberá comenzar con entrevistas cognitivas en grupos diversos para comprobar comprensión, relevancia y sensibilidad cultural de los ítems. Un panel multidisciplinar estimará validez de contenido mediante índices de relevancia y claridad. Los ítems ambiguos, normativos o excesivamente dependientes de un contexto serán reformulados o eliminados. Esta fase es esencial para evitar que la elegancia estadística oculte problemas semánticos. (International Test Commission, 2017)

Análisis factorial y fiabilidad

La muestra inicial se dividirá aleatoriamente para realizar análisis factorial exploratorio y confirmatorio en submuestras independientes. El AFE utilizará correlaciones policóricas cuando proceda y métodos de extracción robustos; el número de factores se decidirá mediante análisis paralelo. El AFC comparará un modelo de ocho factores correlacionados, un modelo jerárquico y alternativas bifactoriales. Se informarán CFI, TLI, RMSEA, SRMR e intervalos de confianza, evitando criterios mecánicos. (Kline, 2023)

La consistencia interna se estimará con omega total y omega jerárquico, complementados por alfa de Cronbach cuando sea útil para comparabilidad. La fiabilidad compuesta y la varianza media extraída permitirán examinar convergencia. La validez discriminante se evaluará con HTMT y comparación de modelos. Una alta correlación no justificará fusionar dimensiones si existe diferenciación teórica y utilidad práctica, pero obligará a revisar redundancias.

Invarianza, validez y sensibilidad al cambio

La invarianza configural, métrica y escalar se examinará por género, edad, nivel socioeconómico, país y condición de salud, siempre que el tamaño muestral lo permita. La validez convergente se contrastará con medidas de calidad de vida, florecimiento, salud mental, necesidades psicológicas y soledad. La validez incremental se probará frente a PERMA o índices generales. Estudios longitudinales estimarán estabilidad, sensibilidad al cambio y capacidad predictiva. (Putnick & Bornstein, 2016).

Modelos estructurales y análisis de perfiles

Las proposiciones podrán contrastarse mediante modelos de ecuaciones estructurales, análisis multinivel y modelos de crecimiento. El análisis de perfiles latentes permitirá identificar configuraciones, por ejemplo, alto logro y bajo descanso; conexión social alta y bienestar digital bajo, que un promedio ocultaría. La utilidad de estos perfiles deberá evaluarse por estabilidad, interpretabilidad y capacidad para orientar intervenciones, no solo por ajuste estadístico.

Criterios de reporte y ciencia abierta

Los estudios deberán preregistrar hipótesis cuando sea posible, publicar sintaxis y diccionarios, justificar exclusiones y reportar resultados negativos. La escala no debería presentarse como validada hasta completar replicaciones independientes. El acceso abierto a materiales favorecerá la evaluación crítica, traducción y adaptación, respetando privacidad y propiedad intelectual.

La expansión de herramientas digitales de bienestar hace necesaria una gobernanza específica. Aplicaciones y plataformas pueden inferir estados emocionales, hábitos, sueño, ubicación o productividad. Estos datos son sensibles aunque no siempre se clasifiquen jurídicamente como clínicos. El consentimiento genérico resulta insuficiente cuando existen asimetrías de poder.

El MIBHA propone siete principios: finalidad legítima y explícita; minimización de datos; proporcionalidad; explicabilidad; supervisión humana; derecho a alternativa; y auditoría de sesgo. Las organizaciones deben separar datos de apoyo de datos de evaluación laboral. La persona debe conocer quién accede, durante cuánto tiempo y con qué consecuencias.

La inteligencia artificial puede personalizar educación, detectar patrones y ampliar acceso. También puede generar falsas certezas, etiquetar emociones y recomendar intervenciones sin contexto. Los sistemas no deben diagnosticar ni priorizar recursos de alto impacto sin validación, evaluación clínica cuando proceda y posibilidad de impugnación.

La inferencia emocional merece cautela especial. Una expresión facial, tono o patrón de escritura no equivale a un estado interno universal. La precisión puede variar por cultura, discapacidad y contexto. El uso de biometría para medir bienestar en estudiantes o trabajadores presenta riesgos difíciles de justificar.

La gobernanza debe incluir comité multidisciplinario, evaluación de impacto, registro de incidencias y participación de usuarios. El éxito tecnológico no se mide por adhesión o tiempo de uso, sino por beneficio, autonomía, seguridad y posibilidad de dejar de usar la herramienta.

La alfabetización en IA forma parte de la dimensión tecnológica: comprender límites, verificar contenido, proteger identidad, reconocer persuasión y mantener juicio. El objetivo no es que la tecnología piense por la persona, sino que amplíe capacidades sin erosionar agencia.

Debate crítico: felicidad, sufrimiento y responsabilidad

La agenda del bienestar puede convertirse en una nueva norma social. Cuando la felicidad se presenta como obligación, quien sufre puede sentirse doblemente culpable: por el dolor y por no gestionarlo correctamente. El MIBHA rechaza esta lógica. El sufrimiento puede ser respuesta proporcionada a pérdida, injusticia o enfermedad y merece reconocimiento antes que optimización (Krause, 2004; Prilleltensky, 2012).

Existe también un riesgo político: transformar problemas colectivos en tareas de autocuidado. La resiliencia es valiosa, pero no debe utilizarse para mantener sistemas que producen

daño. Preguntar cómo resiste una persona debe acompañarse de preguntar qué debe cambiar en la institución.

Otro debate es la universalidad. Algunas necesidades parecen ampliamente compartidas, pero las formas de vida buena son plurales. El modelo propone dimensiones abiertas, no contenidos obligatorios. Trascendencia puede significar religión, naturaleza, familia, arte o servicio; vida profesional puede incluir empleo, cuidados o creación.

La medición genera una tensión entre conocimiento y control. Sin datos resulta difícil mejorar; con datos excesivos se invade intimidad. La solución no es medir todo, sino medir lo necesario, con participación, protección y derecho a no responder. La ausencia de dato no debe interpretarse como riesgo.

El concepto alma puede humanizar el lenguaje, pero también despertar escepticismo. Su legitimidad académica depende de mantener una definición precisa y no atribuirle causalidad sobrenatural. En este marco resume dignidad, coherencia, propósito y cuidado. Puede sustituirse terminológicamente en contextos donde dificulte la comprensión sin alterar los componentes.

Finalmente, el bienestar tiene límites ecológicos. Una vida satisfactoria basada en consumo que deteriora comunidades o planeta no constituye florecimiento sostenible. La doble materialidad obliga a considerar cómo las elecciones de bienestar afectan a otros, a generaciones futuras y al entorno.

Implicaciones para política, formación y liderazgo

Los responsables públicos deberían integrar salud en todas las políticas y bienestar en las evaluaciones de impacto. Vivienda, transporte, educación, empleo, conectividad y protección del consumidor son políticas de salud. El MIBHA puede ayudar a identificar efectos cruzados y grupos que soportan cargas (Adler & Seligman, 2016; United Nations, 2015).

La formación de profesionales necesita competencias interdisciplinarias: conversación sobre sentido, comprensión de determinantes, alfabetización financiera básica para derivación, ética de datos y trabajo en red. No se pretende que cada profesional sea experto en todo, sino que reconozca conexiones y sepa activar apoyos.

El liderazgo con alma se traduce en decisiones coherentes. Los líderes deben preguntar qué dimensión se beneficia, cuál puede dañarse, quién queda excluido y cómo se sabrá si la intervención ayuda. La rendición de cuentas incluye reconocer errores y retirar programas ineficaces.

Las instituciones deberían establecer una arquitectura de derivación. La promoción del bienestar no puede pedir a docentes, mandos o voluntarios que asuman funciones clínicas. Deben existir protocolos ante riesgo, violencia, crisis y necesidades especializadas.

La financiación debe favorecer prevención estructural y evaluación independiente. Los programas atractivos pero superficiales compiten a menudo con cambios menos visibles, como horarios, salarios, accesibilidad o protección de datos. El modelo ayuda a justificar inversiones en condiciones y no solo en actividades.

La comunicación pública debe ser prudente. En lugar de prometer felicidad, conviene explicar capacidades, recursos y límites. La honestidad aumenta confianza y reduce estigma. Una política madura no presenta el bienestar como destino final, sino como proceso compartido y revisable.

Síntesis comparativa de marcos de bienestar

La literatura contemporánea ofrece familias de modelos con unidades de análisis diferentes. Los marcos de bienestar subjetivo se concentran en evaluación vital y afectos; los eudaimónicos, en funcionamiento; los clínicos, en síntomas y recuperación; los de salud pública, en determinantes y población; los laborales, en demandas y recursos; y los tecnológicos, en interacción con sistemas digitales. Esta diversidad explica por qué ninguna medida aislada debe presentarse como representación total del bienestar. (Diener et al., 2018; Keyes, 2007; VanderWeele, 2017)

La teoría de la autodeterminación aporta mecanismos motivacionales robustos, pero no describe por completo condiciones materiales. La perspectiva de capacidades incorpora libertad real, aunque necesita indicadores aplicables a intervenciones concretas. PERMA comunica componentes positivos con claridad, pero puede requerir complementos para desigualdad, cuerpo, finanzas y tecnología. El modelo biopsicosocial integra niveles, aunque en la práctica puede permanecer como lista general sin procedimientos de priorización.

Los modelos de calidad de vida relacionados con la salud resultan esenciales para evaluar impacto de enfermedad y tratamiento, pero su alcance depende del instrumento. Los enfoques de recuperación en salud mental aportan esperanza, identidad y participación, recordando que la vida no se reduce a síntomas. La salutogénesis centra la atención en recursos y sentido de coherencia. El MIBHA combina estas contribuciones sin pretender reemplazarlas.

Una diferencia central es el perfil de ocho dimensiones con umbrales. El modelo evita que un resultado agregado compense vulneraciones críticas. También incorpora una capa de gobernanza: quién define bienestar, quién recopila datos, qué incentivos existen y cómo se distribuyen beneficios. Esta capa suele permanecer implícita en instrumentos individuales. La segunda diferencia es la inclusión explícita de finanzas y tecnología como dominios. Ambas dimensiones se han vuelto determinantes de acceso, autonomía y estrés. Su incorporación permite analizar problemas que quedarían dispersos en contexto social o calidad de vida. La tercera diferencia es la articulación con el ciclo 4A. Muchos marcos describen componentes pero no especifican cómo convertir diagnóstico en transformación. Aprendizaje, Actitud, Alma y Acción proporcionan una secuencia pedagógica y ética que puede evaluarse por transferencia y coherencia.

Matriz de decisión para intervenciones

Antes de seleccionar una intervención, se propone responder doce preguntas. Primera: ¿qué necesidad o daño se intenta abordar? Segunda: ¿qué evidencia indica su magnitud? Tercera: ¿qué dimensiones y mecanismos están implicados? Cuarta: ¿qué causas son individuales y cuáles estructurales? Quinta: ¿qué grupos enfrentan mayor carga? Sexta: ¿qué activos existen?

La séptima pregunta examina alternativas: ¿es una actividad de bienestar la mejor respuesta o se necesita cambiar una política? La octava analiza autonomía: ¿la participación es realmente voluntaria? La novena revisa privacidad. La décima identifica posibles daños y vías de reparación. La undécima define indicadores de proceso, resultado y equidad. La duodécima establece criterios para adaptar, escalar o retirar.

La priorización puede utilizar cuatro ejes: gravedad, alcance, modificabilidad y justicia. Una necesidad grave pero poco modificable por la institución requiere derivación y apoyo; una necesidad extendida y modificable merece intervención sistémica; una actividad popular pero de impacto marginal no debe desplazar prioridades.

La selección de indicadores debe respetar la proporcionalidad. Para rediseñar reuniones no se necesitan datos clínicos; para valorar acceso a apoyo puede bastar información agregada. La curiosidad organizacional no justifica recopilar información íntima.

El escalamiento solo es apropiado cuando se comprenden mecanismos, recursos y condiciones. Una intervención eficaz en un equipo puede fracasar en otro por cultura, liderazgo o acceso. Escalar implica adaptar con fidelidad a principios, no copiar actividades.

La retirada también es una decisión responsable. Deben fijarse umbrales de daño, inutilidad o baja participación. Comunicar el cierre de un programa y lo aprendido fortalece confianza más que mantenerlo por reputación.

Agenda de investigación interdisciplinaria

La complejidad del bienestar requiere colaboración entre ciencias de la salud, sociales, humanidades, economía, tecnología y diseño. Los estudios disciplinarios aportan precisión, pero las preguntas de interacción exigen equipos capaces de integrar lenguajes y métodos. Una primera línea estudiará perfiles latentes: combinaciones de fortalezas y vulnerabilidades y su evolución. Una segunda utilizará análisis de redes para identificar dimensiones puente. Una tercera explorará narrativas de bienestar y diferencias culturales. Una cuarta analizará efectos de políticas naturales, como cambios laborales o digitales.

La investigación participativa es especialmente importante. Personas afectadas deben intervenir en definición, instrumentos e interpretación. Esto mejora validez y reduce el riesgo de imponer categorías. La compensación y accesibilidad forman parte de la ética. Los métodos ecológicos momentáneos pueden mostrar variación diaria, pero aumentan carga y vigilancia. Su uso deberá justificarse, permitir pausas y limitar inferencias. Los datos pasivos no son automáticamente más objetivos: reflejan diseño del dispositivo, contexto y comportamiento observable.

La evaluación económica debería incluir costes evitados, tiempo, distribución y efectos no monetarios. No toda inversión en dignidad necesita demostrar retorno financiero para ser legítima. Sin embargo, conocer recursos y coste de oportunidad mejora decisiones.

Por último, la ciencia abierta puede aumentar confianza mediante protocolos, materiales y resultados negativos. Debe equilibrarse con privacidad, especialmente en muestras pequeñas o vulnerables. La transparencia no significa publicar datos que permitan reidentificación.

Discusión

Tabla 5

Agenda prioritaria de validación y aplicación del MIBHA

Pregunta	Diseño recomendado	Unidad de análisis	Indicador principal	Riesgo a controlar
¿Se confirma la estructura de ocho dimensiones?	AFE y AFC con muestras independientes	Personas	Ajuste factorial e invarianza	Sobreajuste
¿Qué mecanismos conectan condiciones y bienestar?	SEM longitudinal	Persona/organización	Efectos directos e indirectos	Causalidad inversa
¿Existen perfiles de bienestar diferenciados?	Perfiles latentes y replicación	Personas/grupos	Estabilidad y utilidad	Etiquetado estigmatizante
¿Funciona en distintas culturas?	Adaptación transcultural e invarianza	País/comunidad	Equivalencia conceptual	Colonización conceptual
¿Detecta cambios relevantes?	Ensayos pragmáticos y cohortes	Programas/organizaciones	Sensibilidad y relevancia clínica	Regresión a la media
¿La tecnología mejora o deteriora dimensiones?	Métodos mixtos y datos longitudinales	Persona/plataforma	Bienestar digital y autonomía	Vigilancia y sesgo algorítmico

Discusión

Adaptación intercultural y pluralismo

El bienestar no posee una única gramática cultural. En sociedades más individualistas, autonomía y logro pueden adquirir mayor centralidad; en contextos comunitarios, pertenencia, obligación recíproca y continuidad cultural pueden organizar la experiencia. Esta advertencia no es retórica: los marcos causales recientes para evaluar la generalizabilidad transcultural sostienen que las generalizaciones amplias y no cualificadas sobre la psicología humana construidas a partir de muestras poco diversas rara vez están justificadas (Deffner et al., 2022), y un análisis de las prácticas de reporte de muestras en cinco áreas centrales de la psicología, sobre 661 artículos publicados entre 2021 y 2023, confirma que este sesgo sigue siendo sistemático y poco transparente (Petrutiu et al., 2026). La dimensión de trascendencia debe admitir expresiones religiosas, seculares, espirituales y comunitarias sin imponer una cosmovisión. De igual modo, la vida profesional no puede definirse exclusivamente mediante empleo formal (International Test Commission, 2017).

La adaptación intercultural exige algo más que traducir ítems. Requiere entrevistas, participación comunitaria, análisis de equivalencia y revisión de supuestos. Un instrumento puede ser métricamente estable y, aun así, resultar culturalmente impropio. El MIBHA debe funcionar como plataforma abierta a contextualización, conservando un núcleo común pero permitiendo ejemplos, indicadores y prioridades locales. Este proceso debe seguir estándares de traducción, adaptación y equivalencia psicométrica: los lineamientos de la International Test Commission (2017) y los criterios de equivalencia de constructo, método e ítem sistematizados por Putnick y Bornstein (2016) siguen siendo el marco de referencia sobre el que se apoya la guía metodológica más reciente en este campo, la cual insiste en que la adaptación transcultural debe completarse con una fase de validación psicométrica cuantitativa -contenido, criterio, confiabilidad y validez de constructo- que las revisiones previas señalan como frecuentemente omitida en la práctica (Cruchinho et al., 2024).

Riesgos epistemológicos

Todo modelo simplifica. Al dividir la vida en dimensiones puede producir una ilusión de control, convertir experiencias complejas en puntuaciones y reforzar la idea de que toda dificultad debe optimizarse. Existe también riesgo de circularidad: definir florecimiento mediante indicadores seleccionados y luego afirmar que esos indicadores lo predicen. La investigación

deberá distinguir cuidadosamente definición, medición y resultado. Esta distinción no es menor: una revisión reciente sobre los enfoques multidimensionales versus unidimensionales del bienestar advierte que agregar dominios heterogéneos en un solo índice puede ocultar precisamente los mecanismos causales que se busca estudiar, y recomienda mantener los dominios desagregados para el análisis explicativo (VanderWeele & Johnson, 2025).

Otro riesgo es el sesgo de disponibilidad académica: los constructos más estudiados suelen proceder de poblaciones occidentales, educadas e industrializadas. El análisis de reporte de muestras entre 2021 y 2023 antes citado confirma que este sesgo no es un fenómeno superado (Petrutiu et al., 2026), y los marcos de generalizabilidad transcultural más recientes insisten en que la diversidad de países muestreados no garantiza diversidad cultural real si las submuestras comparten nivel educativo, alfabetización digital o estatus socioeconómico elevados (Deffner et al., 2022). Este es, precisamente, el mismo problema que motiva la exigencia de equivalencia psicométrica de Putnick y Bornstein (2016): sin ella, un instrumento puede parecer universalmente válido solo porque las muestras con las que se validó eran homogéneas. Por ello, la agenda empírica debe incluir personas con discapacidad, trabajo informal, pobreza, migración, ruralidad y diversidad cultural. La validez ética del modelo depende de su capacidad para representar vidas reales, no solo muestras accesibles.

Prioridad de derechos y umbrales mínimos

El uso institucional del bienestar debe subordinarse a derechos. Ninguna mejora promedio legítima discriminación, vigilancia o exposición de grupos minoritarios. Esta postura converge con la aplicación reciente del enfoque de las capacidades en salud pública: una revisión sistemática de instrumentos que operacionalizan dicho enfoque muestra que su valor distintivo frente a los indicadores convencionales de comportamiento es centrar la evaluación en las oportunidades reales disponibles para la persona, y no solo en el resultado observado, lo que desplaza el umbral de intervención desde el "logro" hacia la garantía de condiciones mínimas (Till et al., 2021).

Se recomienda establecer umbrales de seguridad y acceso que actúen antes de calcular índices agregados, siguiendo la lógica no compensatoria que sostiene al Índice de Pobreza Multidimensional global: su versión armonizada más reciente identifica a una persona como privada cuando la suma ponderada de sus carencias supera un punto de corte fijo, de modo que un logro alto en una dimensión no puede compensar aritméticamente una carencia severa en otra (Suppa & Kanagaratnam, 2025). Cuando esos umbrales se vulneran, la respuesta apropiada es

corregir condiciones, no entrenar a las personas para tolerarlas mejor, en línea con el llamado explícito de la Organización Mundial de la Salud a transitar de servicios coercitivos centrados en el manejo de síntomas hacia atención comunitaria centrada en la persona y basada en derechos (World Health Organization, 2021), postura que su informe mundial de salud mental reafirma como condición para cualquier reforma legislativa alineada con los instrumentos internacionales de derechos humanos (World Health Organization, 2022).

El MIBHA amplía la salud sin diluirla. Su contribución principal es ofrecer una arquitectura que conecta dominios personales y estructurales, incorpora tecnología y finanzas, y somete la intervención a pruebas éticas. La propuesta responde a la fragmentación, pero asume el reto de la complejidad.

La inclusión de ocho dimensiones puede parecer extensa. Sin embargo, la parsimonia no significa reducir hasta perder fenómenos esenciales. El modelo busca una parsimonia suficiente: categorías comprensibles, mecanismos transversales y posibilidad de priorización.

Enfoque no compensatorio

El enfoque no compensatorio es relevante. Los índices globales pueden ocultar violencia o precariedad cuando un puntaje alto en una dimensión compensa aritméticamente un déficit severo en otra. Los umbrales críticos obligan a priorizar derechos y seguridad, siguiendo el mismo principio de identificación dual -umbral por indicador y umbral por conteo de carencias- que documenta la base de datos armonizada del Índice de Pobreza Multidimensional global en su actualización más reciente, que cubre 84 países y más de 800 regiones subnacionales precisamente para permitir comparabilidad sin diluir la severidad de carencias individuales (Suppa & Kanagaratnam, 2025). Esta decisión aproxima el bienestar a la ética y a la salud pública, en el mismo sentido en que la OMS subordina la mejora agregada de indicadores de salud mental a la protección de derechos individuales mínimos (World Health Organization, 2021, 2022).

Dimensión tecnológica

La dimensión tecnológica diferencia la propuesta frente a marcos clásicos. La digitalización atraviesa atención, vínculos, empleo y finanzas. No puede tratarse como herramienta neutral: la revisión sistemática más reciente sobre el tránsito de la salud digital al bienestar digital muestra que persiste una falta de consenso conceptual sobre qué constituye el bienestar en este ámbito, y propone distinguir explícitamente problemas epistemológicos, de alcance, de especificación y de agregación al construir cualquier indicador digital de bienestar (Smits et al.,

2022). Esta falta de consenso conceptual es, en sí misma, un argumento a favor de que el MIBHA la trate como dimensión propia y no como variable de control, y también un llamado a aplicarle el mismo estándar de equivalencia psicométrica que Putnick y Bornstein (2016) exigen para cualquier constructo que se pretenda comparar entre poblaciones. La gobernanza de datos es parte del bienestar.

Dimensión financiera

La dimensión financiera reconoce que la salud mental y física están vinculadas con seguridad material. La revisión sistemática más reciente sobre instrumentos psicométricos de bienestar financiero constata, sin embargo, que buena parte de los instrumentos disponibles siguen basándose en definiciones ad hoc, con inconsistencias entre las dimensiones teóricas propuestas y lo que efectivamente miden, y recomienda distinguir con mayor claridad entre bienestar financiero subjetivo (percepción de seguridad y control) y determinantes objetivos (ingreso, deuda, activos) (de Oliveira Cardoso et al., 2023). Este hallazgo respalda directamente tu argumento: el MIBHA evita reducir el problema a alfabetización individual precisamente porque la evidencia muestra que esa reducción es una simplificación común y psicométricamente problemática en el campo. La competencia financiera necesita mercados y políticas que no exploten vulnerabilidad.

Trascendencia

La trascendencia permite integrar sentido sin confundir ciencia con religión. Su inclusión exige cuidado metodológico y cultural. La hipótesis no es que una creencia específica produzca salud, sino que la coherencia de valores, propósito y pertenencia puede actuar como recurso. Una revisión sistemática reciente de los instrumentos disponibles para evaluar la búsqueda de sentido en la vida confirma la pertinencia de distinguir presencia de sentido (percibir la propia vida como comprensible y significativa) de búsqueda de sentido (la exploración activa de ese sentido), dos procesos con trayectorias y correlatos distintos que no deben tratarse como equivalentes; la misma revisión advierte que la validación transcultural de estos instrumentos sigue siendo limitada, ya que buena parte de ellos asume nociones individualistas de sentido y propósito poco contrastadas fuera de contextos occidentales (Alsaadi et al., 2025). Esta advertencia es, otra vez, un caso concreto del problema de equivalencia que señalan tanto la International Test Commission (2017) como Putnick y Bornstein (2016): un instrumento de trascendencia diseñado en un contexto individualista no puede asumirse funcionalmente equivalente en un contexto comunitario sin evidencia específica.

Implicaciones profesionales

El modelo tiene implicaciones para profesionales sanitarios. Puede ampliar la conversación clínica y orientar derivaciones, pero no debe convertir la consulta en evaluación total de la vida ni desplazar prioridades. Su mayor utilidad puede estar en promoción de salud, educación, organizaciones y políticas intersectoriales, en la línea de lo que la propia OMS recomienda al situar el mayor peso de la transformación de los servicios de salud mental en la atención comunitaria y las políticas intersectoriales, más que en la consulta clínica individual (World Health Organization, 2021, 2022).

Agenda de investigación

En investigación, el modelo invita a estudiar configuraciones mediante análisis de perfiles, redes y modelos longitudinales. La revisión metodológica más reciente sobre análisis de redes en investigación de salud mental sistematiza cómo estas herramientas permiten modelar variables psicológicas como componentes que se influyen mutuamente en lugar de tratarlas como manifestaciones independientes de un factor latente único, e incluye extensiones a datos longitudinales y modelos de intervención en red que resultan directamente aplicables a estudiar cómo interactúan las ocho dimensiones del MIBHA a lo largo del tiempo (Briganti et al., 2024). La causalidad probablemente sea bidireccional y recursiva. Se necesitan métodos mixtos que capten significado y contexto.

Declaraciones

- Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflictos de intereses.
- Financiación: el trabajo no recibió financiación externa específica.
- Datos y materiales: no aplica, al tratarse de una investigación teórico-propositiva.
- Ética: no se involucraron participantes humanos ni datos personales.
- Uso responsable: la escala preliminar no está validada y no debe emplearse para diagnóstico o decisiones punitivas.

Referencias

- Adler, A., & Seligman, M. E. P. (2016). Using wellbeing for public policy. *International Journal of Wellbeing*, 6(1), 1-35.
- Allan, B. A., Batz-Barbarich, C., Sterling, H. M., & Tay, L. (2019). Outcomes of meaningful work: A meta-analysis. *Journal of Management Studies*, 56(3), 500-528.

- Alsaadi, F., Maldonado, M. A., Erfanikia, M., Molinario, E., & Moyano, M. (2025). Systematic review of search for meaning in life assessment tools: Highlighting the need for a quest for significance scale. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1513720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1513720>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Briganti G, Scutari M, Epskamp S, Borsboom D, Hoekstra RHA, Golino HF, Christensen AP, Morvan Y, Ebrahimi OV, Costantini G, Heeren A, Ron J, Bringmann LF, Huth K, Haslbeck JMB, Isvoranu AM, Marsman M, Blanken T, Gilbert A, Henry TR, Fried EI, McNally RJ. Network analysis: An overview for mental health research. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2024 Dec;33(4):e2034. doi: 10.1002/mpr.2034. PMID: 39543824; PMCID: PMC11564129.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profiler. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *How does social connectedness affect health?* CDC.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation*. World Health Organization.
- Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Miranda da Silva M, Teixeira G, Nunes E, Lucas P, Gaspar F; Handovers4SafeCare. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *J Multidiscip Healthc*. 2024 May 31;17:2701-2728. doi: 10.2147/JMDH.S419714. PMID: 38840704; PMCID: PMC11151507.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The what and why of goal pursuits. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deffner, D., Rohrer, J. M., & McElreath, R. (2022). A causal framework for cross-cultural generalizability. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 5*(3). <https://doi.org/10.1177/25152459221106366>
- de Oliveira Cardoso, N., Markus, J., de Lara Machado, W. *et al.* Measuring Financial Well-Being: A Systematic Review of Psychometric Instruments. *J Happiness Stud* **24**, 2913–2939 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10902-023-00697-5>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2, 253-260.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press. (Original work published 1946).
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
- Graham, C. (2011). *The pursuit of happiness*. Brookings Institution Press.
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.). (2024). *World Happiness Report 2024*. Wellbeing Research Centre, University of Oxford.
- Huppert, F. A., & So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe. *Social Indicators Research*, 110, 837-861.
- International Labour Organization. (2022). *World employment and social outlook*. ILO.
- International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests* (Second edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.

- Krause, N. (2004). Stressors arising in highly valued roles. *The Journals of Gerontology*, 59B(5), S287-S296.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lomas, T., Hefferon, K., & Ivtzan, I. (2015). The LIFE model. *Journal of Happiness Studies*, 16, 1341-1364.
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press.
- Marmot, M. (2015). *The health gap*. Bloomsbury.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2006). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life. *Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531-545.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities*. Harvard University Press.
- OECD. (2020). *How's life? 2020: Measuring well-being*. OECD Publishing.
- OECD. (2024). *Society at a glance 2024*. OECD Publishing.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301.
- Petrutiu L, Birney ME, Cooke R, Stewart S. WEIRD but Also Inconsistent: An Analysis of the Reporting Practices of Participant Samples Across Five Areas of Psychology. *Int J Psychol*. 2026 Apr;61(2):e70168. doi: 10.1002/ijop.70168. PMID: 41607094; PMCID: PMC12852971.
- Prilleltensky, I. (2012). Wellness as fairness. *American Journal of Community Psychology*, 49, 1-21.
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting. *Developmental Review*, 41, 71-90.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory*. Guilford Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. Free Press.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Smits, M., Kim, C. M., van Goor, H., & Ludden, G. D. S. (2022). From digital health to digital well-being: Systematic scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), Article e33787. <https://doi.org/10.2196/33787>
- Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381-385.
- Suppa, N., & Kanagaratnam, U. (2025). The global Multidimensional Poverty Index: Harmonised level estimates and their changes over time. *Scientific Data*, 12, Article 153. <https://doi.org/10.1038/s41597-024-04269-x>
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-365.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Till, M., Abu-Omar, K., Ferschl, S., Reimers, A. K., & Gelius, P. (2021). Measuring capabilities in health and physical activity promotion: A systematic review. *BMC Public Health*, 21, Article 353. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10151-3>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- VanderWeele, T. J. (2017). On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(31), 8148-8156.
- VanderWeele, T. J., McNeely, E., & Koh, H. K. (2019). Reimagining health. *JAMA*, 321(17), 1667-1668.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*.
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*.

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. WHO.

World Health Organization. (2024). Social determinants of health. WHO.

Wrzesniewski, A., McCauley, C., Rozin, P., & Schwartz, B. (1997). Jobs, careers, and callings. *Journal of Research in Personality*, 31(1), 21-33.