

SEMINARIO DE JACC: PROMOCIÓN DE LA SALUD CV

SEMINARIO DE JACC

Bienestar psicológico positivo y enfermedad cardiovascular

Serie de Promoción de la Salud de JACC



Laura D. Kubzansky, PhD,^{a,*} Jeff C. Huffman, MD,^{b,c,*} Julia K. Boehm, PhD,^d Rosalba Hernandez, PhD,^e Eric S. Kim, PhD,^a Hayami K. Koga, MD, MPH,^a Emily H. Feig, PhD,^{b,c} Donald M. Lloyd-Jones, MD, MSc,^f Martin E.P. Seligman, PhD,^g Darwin R. Labarthe, MD, MPH, PhD^f

RESUMEN

Determinados aspectos del bienestar psicológico positivo, como el optimismo, se han identificado como activos de salud positivos, ya que se han asociado prospectivamente a los 7 parámetros de salud cardiovascular (SCV) y a una mejora de los resultados relacionados con la enfermedad cardiovascular. Las relaciones entre el bienestar psicológico y los trastornos cardiovasculares pueden producirse a través de vías biológicas, conductuales y psicosociales. Las intervenciones a nivel individual, como los programas basados en el *mindfulness* o conciencia plena (también llamada atención plena o atención consciente) y las intervenciones psicológicas positivas han resultado prometedoras para modificar el bienestar psicológico. Además, en los lugares de trabajo se están utilizando intervenciones centradas en el bienestar para fomentar la SCV de los empleados, y dichas intervenciones constituyen un posible modelo para ampliar los programas de bienestar psicológico a comunidades y sociedades. Dada la importancia del bienestar psicológico para el fomento de la SCV, en esta revisión se presentan recomendaciones clínicas para evaluar y fomentar el bienestar en los encuentros con los pacientes. Por último, se propone una agenda para la investigación. Son necesarios más estudios prospectivos observacionales para comprender los mecanismos que subyacen en la conexión entre el bienestar psicológico y los resultados cardiovasculares. Además, son necesarios ensayos de intervención rigurosos para determinar si los programas de fomento del bienestar psicológico permiten mejorar los resultados cardiovasculares. (J Am Coll Cardiol 2018;72:1382–96) © 2018 by the American College of Cardiology Foundation. Publicado por Elsevier.

Las asociaciones entre factores psicológicos adversos, como la depresión, y la enfermedad cardiovascular (ECV) están claramente establecidas. Sin embargo, se están acumulando evidencias que sugieren que el bienestar psicológico positivo (denominado en adelante bienestar psicológico) — que incluye pensamientos y sentimientos positivos como un objetivo para la vida, optimismo y alegría — tiene sus propias asociaciones independientes con un mejor riesgo de ECV y puede fomentar la salud cardiovascular (SCV) (1).



Para escuchar el audio del resumen en inglés de este artículo por el Editor en Jefe del JACC, Dr. Valentin Fuster.



^aHarvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, Massachusetts; ^bDepartment of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ^cDepartment of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts; ^dDepartment of Psychology, Chapman University, Orange, California; ^eSchool of Social Work, University of Illinois at Urbana-Champaign, Champaign, Illinois; ^fDepartment of Preventive Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois; y el ^gDepartment of Psychology, University of Pennsylvania, Filadelfia, Pennsylvania. *Los Drs. Kubzansky y Huffman contribuyeron por igual en este trabajo y ambos son autores sénior. El Dr. Hernandez cuenta con financiación del National Heart, Lung, and Blood Institute (subvención 1K01HL130712-01). El Dr. Huffman cuenta con financiación del National Institute of Diabetes y Digestive y Kidney Diseases (subvención R21DK109313), la American Diabetes Association (subvención 1-17-ICTS-099) y el National Heart, Lung, and Blood Institute (R01HL133149 y R01HL113272). El contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente la opinión oficial de los National Institutes of Health o la American Diabetes Association. Todos los demás autores han indicado no tener relaciones relevantes que declarar en relación con el contenido de este artículo.

**ABREVIATURAS
Y ACRÓNIMOS****AHA** = American Heart Association**IMC** = índice de masa corporal**ECV** = enfermedad cardiovascular**SCV** = salud cardiovascular**TEPT** = trastorno por estrés
postraumático

Dentro de la presente serie de promoción de la salud cardiovascular de JACC, nos centramos en el bienestar psicológico y en su papel en el fomento de la SCV y la prevención de la ECV.

En los últimos años, los campos de la cardiología preventiva y de la psicología positiva han establecido objetivos ambiciosos que van más allá de la simple reducción del riesgo de enfermedad para incluir el aumento de la longevidad con salud, la mejora de la calidad de vida, la preservación de una buena salud mental y de la función cognitiva, y la consecución de un ahorro en los costes del cuidado de la salud (2). Se han desarrollado parámetros de valoración pertinentes junto con estos objetivos. Por ejemplo, la *American Heart Association* (AHA) ha propuesto recientemente una definición de SCV que ha sido ampliamente aceptada (3) y que incluye 7 componentes: 4 conductas saludables (dieta saludable, actividad física, abstinencia de tabaco e índice de masa corporal [IMC] normal) y 3 factores de salud (valores favorables de presión arterial, colesterol total y glucosa). Se ha relacionado prospectivamente la SCV con la reducción del riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares y de mortalidad por cualquier causa, así como con una menor incidencia y menor carga de muchas enfermedades crónicas propias de la edad (4).

Por su parte, el bienestar psicológico se ha definido de diversas formas y engloba los pensamientos y sentimientos positivos que utilizan las personas para evaluar favorablemente su vida (1). La caracterización del bienestar psicológico se ha basado en dos perspectivas teóricas diferentes: el enfoque eudaimónico define el bienestar en función de la capacidad del individuo de identificar propósitos de la vida que le den sentido y luchar por alcanzar lo mejor de sí mismo; y el enfoque hedonista define el bienestar en función de la búsqueda y consecución del placer y la felicidad (5, 6). Se han identificado también otros aspectos no tan bien clasificados del bienestar psicológico (por ejemplo, el optimismo, la vitalidad emocional), varios de los cuales predicen de manera uniforme los resultados cardiovasculares (1). Además, cada vez está más claro que los efectos del bienestar psicológico y del desasosiego no son simplemente 2 caras de la misma moneda. De hecho, la investigación ha demostrado que la ausencia de desasosiego psicológico no denota necesariamente la presencia de un bienestar psicológico (7). Así pues, el bienestar psicológico debe investigarse como factor predictivo de la SCV independiente.

**EFFECTOS FISIOPATOLÓGICOS
Y BENEFICIOSOS**

SALUD PSICOLÓGICA Y SALUD CARDIOVASCULAR. Las investigaciones sobre los factores psicológicos en rela-

ción con la SCV han considerado de diversas maneras los 7 componentes de la SCV, de forma individual o en distintas combinaciones que forman una puntuación combinada de los que es una SCV “favorable” o “ideal”. En estos estudios, el desasosiego psicológico se asoció a una mala SCV (8), pero ninguno de ellos utilizó un diseño prospectivo, lo cual hace que no esté clara la direccionalidad de las asociaciones. En cambio, aunque su número es todavía limitado, algunos estudios iniciales realizados en Estados Unidos y Europa, en los que se han utilizado diseños transversales y prospectivos, han sugerido que el bienestar psicológico fomenta la SCV (9, 10).

SALUD PSICOLÓGICA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Numerosas revisiones y metanálisis han evaluado el papel de la depresión (11, 12), la ansiedad (13), la ira (14), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (15) y el estrés crónico en relación con la aparición de ECV (16). Por ejemplo, un metanálisis de 2014 de 30 estudios prospectivos (incluidos 40 informes independientes), con 893.850 participantes que fueron seguidos durante períodos de entre 2 y 37 años, observó que la depresión predecía de manera uniforme un mayor riesgo de aparición de enfermedad coronaria (12). Esta observación es coherente con la de otros metanálisis por lo que respecta a la magnitud del riesgo y la presencia de una relación entre dosis y respuesta. Los resultados en cuanto a la ansiedad, el TEPT, la ira y la hostilidad son similares. La ansiedad y el TEPT parecen ser factores de riesgo, como mínimo, igual de potentes que la depresión para la enfermedad coronaria (17, 18), y parece que la combinación de estos factores negativos produce un riesgo acumulado (19).

Hay un conjunto de investigaciones cada vez más amplio que ha examinado si el bienestar psicológico puede conducir a una reducción del riesgo de ECV. En 2012, una revisión exhaustiva centrada en la evidencia más rigurosa existente (es decir, diseños prospectivos, ajuste respecto al desasosiego psicológico, medidas objetivas de la ECV) observó que varios aspectos del bienestar psicológico mostraban una asociación uniforme con una reducción del riesgo de aparición de la ECV (1). En términos generales, la evidencia más sólida fue la relativa al optimismo (20), aunque esto puede haberse debido en parte a que los estudios de cohorte de mayor duración han medido el optimismo, mientras que hay menos cohortes epidemiológicas en las que se hayan medido otros aspectos del bienestar psicológico. La evidencia prospectiva aparecida después de 2012 es muy coherente con estos resultados. Cinco estudios prospectivos en los que se evaluó la relación entre el optimismo y la ECV observaron, en general resultados que iban en el sentido esperado. Por ejemplo, en un estudio prospectivo de 70.021 mujeres ancianas que fueron objeto de un seguimiento durante 8 años, las

que se encontraban en el cuartil más alto del optimismo presentaron una reducción del riesgo del 38% respecto a las que se encontraban en el cuartil más bajo (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,50 a 0,76) por lo que respecta a la mortalidad por cardiopatía y una reducción del 39% (IC del 95%: 0,43 a 0,85) por lo que respecta al riesgo de mortalidad por ictus tras un ajuste para los factores socio-demográficos (21). En otras cohortes se han descrito resultados similares en cuanto a la mortalidad por ECV, así como para la incidencia de insuficiencia cardiaca (20, 22).

Después de 2012, otros estudios han evaluado el parámetro de propósito de vida (23-25), y 5 de ellos han sido incluidos en un reciente metanálisis (10 estudios, n total = 124.948; media de edad, 57 a 72 años; media de duración del seguimiento, 7,3 años). En los diversos estudios, el riesgo relativo de eventos cardiovasculares fue de 0,83 (IC del 95%: 0,75 a 0,92) en los modelos en los que se utilizó un ajuste para una amplia variedad de posibles factores de confusión (24). En otro estudio realizado en este período, se llevó a cabo un seguimiento de 453 adultos ancianos (media de edad de 84 años) durante 6 años, y tras su muerte, se realizó una autopsia y un neurólogo estableció el diagnóstico. La mayor presencia de un propósito en la vida se asoció a una menor probabilidad de infartos macroscópicos (*odds ratio*: 0,54; IC del 95%: 0,35 a 0,83), pero no de microinfartos (26). Ha habido observaciones evidentes, aunque no totalmente uniformes, por lo que respecta a otros aspectos del bienestar psicológico (por ejemplo, la afectividad positiva) (23). En estudios anteriores se identificó un efecto protector de la afectividad positiva en el riesgo de ECV pero un amplio estudio reciente ha mostrado resultados nulos (25). Sin embargo, como se ha señalado en otra publicación una medida algo débil de la exposición y un posible sobreajuste estadístico pueden hacer que este estudio sea algo menos convincente (27). Dicho esto, también resulta plausible que no todos los aspectos del bienestar psicológico predigan con la misma fuerza los resultados relativos a la ECV.

CUESTIONES CLAVE

Aunque esta breve revisión sugiere que el bienestar psicológico se asocia a la SCV y a la ECV, continúa habiendo cuestiones importantes pendientes de resolver. En el resto del artículo abordaremos algunas cuestiones clave relativas a los mecanismos que subyacen en esas asociaciones, las influencias sociales y ambientales en el bienestar psicológico y la efectividad de las intervenciones destinadas a fortalecer el bienestar psicológico. Además, presentamos una orientación para los profesionales de la salud por lo que respecta a la aplicación de intervenciones de bienestar psicológico en la promoción de la SCV y, por último, comentamos las perspectivas de la investigación futura.

MECANISMOS E INFLUENCIAS AMBIENTALES Y SOCIALES

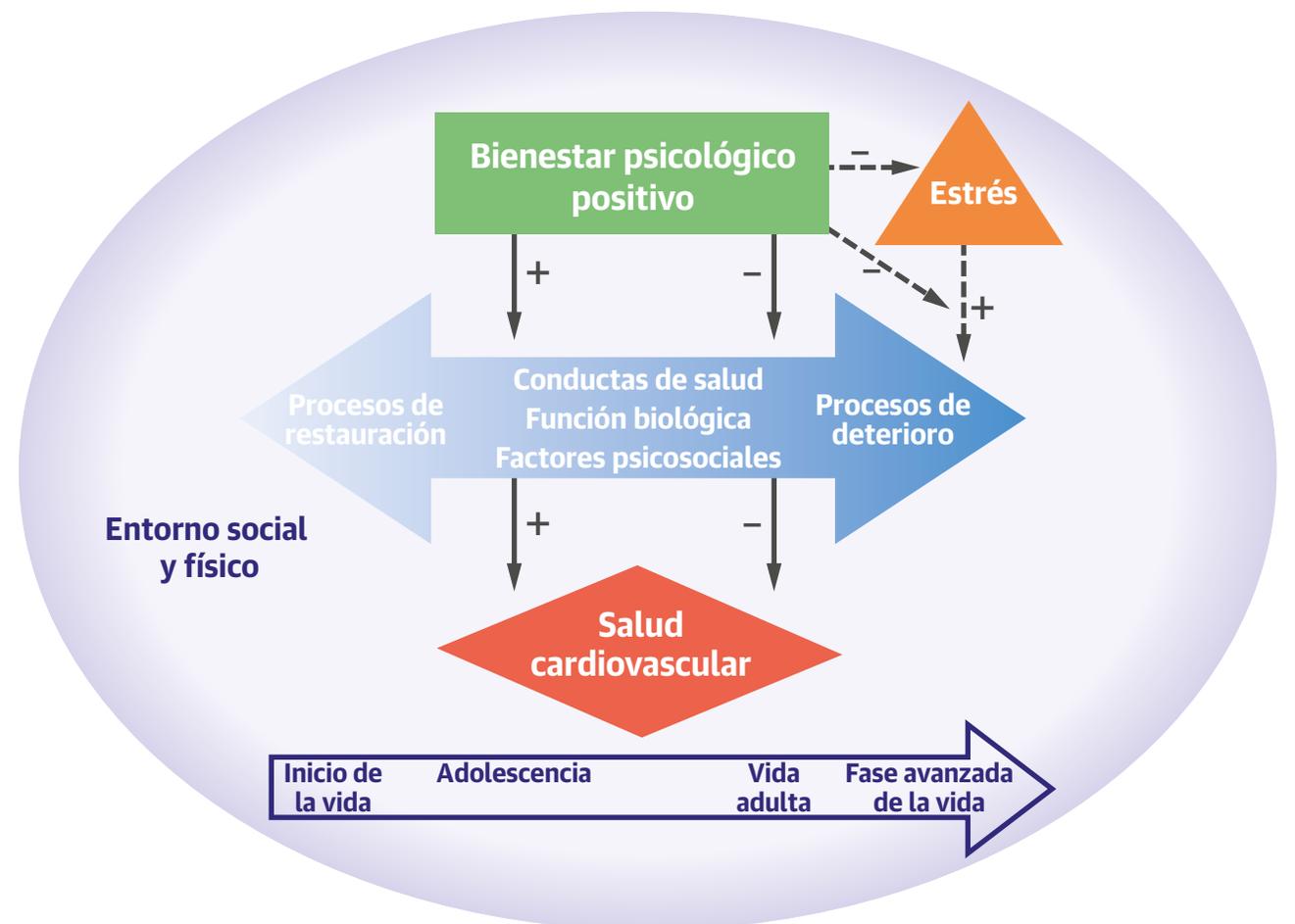
EFFECTOS DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO: VÍA BIOLÓGICA, CONDUCTUAL Y PSICOSOCIAL. El bienestar psicológico puede influir en la SCV a lo largo de toda la vida a través de 3 vías que parecen plausibles: 1) efectos directos sobre procesos neurobiológicos; 2) efectos indirectos a través de conductas de salud; y 3) fomento de otros recursos psicosociales que se sabe que protegen la salud o amortiguan los efectos cardiotoxicos de las experiencias estresantes. En cada una de estas vías, los efectos del bienestar psicológico pueden reducir la probabilidad de que se produzcan procesos de deterioro (por ejemplo, fumar cigarrillos, inflamación) y/o aumentar la probabilidad de procesos de restauración (por ejemplo, un sueño óptimo). En la **ilustración central** se presenta un modelo que ilustra estas relaciones entre el bienestar psicológico y la SCV, adaptado de un trabajo anterior (1).

En los apartados que siguen resumimos brevemente las observaciones realizadas sobre la relación entre el bienestar psicológico y cada una de estas vías, y resaltamos los factores de salud y de conducta de interés para la SCV, con especial atención a los estudios realizados en poblaciones sanas. Aunque la mayor parte de los estudios publicados hasta la fecha han sido transversales, se han llevado a cabo algunos estudios con el empleo de métodos más rigurosos (es decir, diseños de estudio experimentales o longitudinales, ajuste para las covariables pertinentes incluido el desasosiego psicológico, uso de parámetros de medición validados de la exposición y de los resultados) y resaltaremos lo observado en esos estudios.

VÍAS BIOLÓGICAS

La investigación ha relacionado diversos componentes del bienestar psicológico con procesos biológicos que se ha propuesto que subyacen en las asociaciones observadas con parámetros de medición de la SCV (presión arterial, lípidos y glucosa) y otros trastornos cardiovasculares (por ejemplo, la aterosclerosis). La hipótesis principal es la de si el bienestar psicológico puede conducir a cambios biológicos específicos que den lugar a efectos sobre la SCV. Aunque muchos de los estudios son transversales, una de las ventajas de estos estudios es la de que los parámetros biológicos se miden generalmente de manera objetiva, con lo que se reduce el posible problema de sesgo de auto notificación.

En revisiones anteriores de los estudios publicados en los que se han examinado las asociaciones entre el bienestar psicológico y la presión arterial, se han observado resultados diversos, si bien los estudios longitudinales sugieren generalmente que el bienestar psicológico muestra una asociación prospectiva con una menor pre-

ILUSTRACIÓN CENTRAL Relación entre el bienestar psicológico positivo y la salud cardiovascularKubzansky, L.D. et al. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(12):1382-96.

Este modelo muestra las complejas relaciones directas e indirectas que vinculan el bienestar psicológico positivo con una mejor salud cardiovascular a través de las conductas de salud, la función biológica y los factores psicossociales. El bienestar psicológico puede reducir también la probabilidad de experimentar estrés o amortiguar las repercusiones del estrés en la salud. Estas relaciones están condicionadas al entorno social y físico y pueden diferir en su naturaleza y repercusiones a lo largo de la vida. + = relaciones positivas; - = relaciones inversas/negativas.

sión arterial en los diversos grupos de edad, sexo, raza u origen étnico (28). Por ejemplo, en un amplio estudio prospectivo de 6384 adultos sanos de Gran Bretaña, una mayor vitalidad emocional se asoció a un riesgo un 11% inferior de presentar hipertensión a lo largo de un promedio de 11,8 años de seguimiento, tras aplicar un ajuste para numerosos posibles factores de confusión, incluido el desasosiego psicológico (29). Se ha propuesto también que la variabilidad de la frecuencia cardíaca es un posible mecanismo. En varios estudios se ha observado que un mayor desasosiego psicológico se asocia a una menor variabilidad de la frecuencia cardíaca, lo cual indica generalmente una mayor activación simpática y un menor tono parasimpático (30). En cambio, en los estudios en los que se ha analizado el bienestar psicológico en relación con la

variabilidad de la frecuencia cardíaca se han observado asociaciones menos uniformes (31, 32). Sin embargo, dado que las observaciones realizadas en relación con el desasosiego son sugestivas, son necesarias nuevas investigaciones en las que se analice si el bienestar psicológico puede inducir un tono parasimpático más saludable y una mayor variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Una revisión de las observaciones realizadas respecto a los lípidos indicó resultados diversos (1), pero en estudios rigurosos se ha observado que un mayor bienestar psicológico se asocia a unos niveles de lípidos más favorables (33). Parece que estas asociaciones pueden variar en función del sexo y la raza, así como según las diferencias culturales (34, 35). Aunque en los estudios transversales se han descrito en general asociaciones nulas del

bienestar psicológico con la glucemia o la hemoglobina glicosilada (hemoglobina A_{1c}) (1, 34), como mínimo 1 estudio de cohortes observó que la afectividad positiva se asociaba a niveles inferiores de hemoglobina glicosilada a lo largo de 2 años de seguimiento (36). Los investigadores identificaron también asociaciones inversas uniformes entre el mayor bienestar psicológico y la prevalencia del síndrome metabólico (37). En términos generales, esta investigación sugiere que un mayor bienestar psicológico se asocia a un riesgo inferior de disfunción metabólica. Se ha prestado una atención tan solo limitada a los procesos inmunitarios e inflamatorios, con resultados poco uniformes pero a veces sugestivos (33-37).

VÍAS CONDUCTUALES

Se ha estudiado el bienestar psicológico en relación con cada uno de los 4 factores de conducta siguientes relacionados con la SCV definidos por la AHA: tabaquismo, actividad física, alimentación e IMC. La mayor parte de los estudios son transversales y se basan en la auto notificación tanto del bienestar psicológico como de las conductas (excepto en el caso del IMC), lo cual plantea la posibilidad de un sesgo de auto notificación en las estimaciones de la asociación.

Numerosos estudios han documentado una asociación transversal entre el mayor bienestar psicológico y una menor probabilidad de tabaquismo (38, 39). Algunos de los estudios longitudinales, aunque no todos ellos, han documentado la existencia de asociaciones en el sentido esperado (40). Por ejemplo, en los adolescentes jóvenes con un nivel inferior de optimismo y esperanza en la situación inicial fue más probable el tabaquismo actual al cabo de 7 a 10 meses, tras aplicar un ajuste respecto a los factores sociodemográficos y el tabaquismo en la situación inicial (41); en pacientes que sufrieron un síndrome coronario agudo, los más optimistas, en comparación con los menos optimistas, mostraron una menor probabilidad de fumar cigarrillos al cabo de 12 meses (42).

Numerosos estudios han observado que los niveles elevados de bienestar psicológico se asocian a una mayor probabilidad de realizar ejercicio de manera regular (38). Aunque es probable que la asociación sea bidireccional, se están acumulando evidencias basadas en estudios prospectivos longitudinales que indican que el bienestar psicológico predice una mayor probabilidad de realizar los niveles recomendados de actividad (43). Por ejemplo, en una muestra de casi 10.000 adultos ancianos de Inglaterra, los que mostraban los niveles más altos de bienestar en la situación inicial fueron los que presentaron una mayor actividad física a lo largo de 11 años de seguimiento, tras aplicar un ajuste respecto al estado de salud inicial y la depresión (44). También se han descrito algunos resultados nulos (40).

Los estudios transversales y prospectivos indican que las personas con un nivel superior de bienestar psicológico tienden a consumir más frutas y verduras y menos dulces y alimentos procesados (38, 39). Por ejemplo, en análisis con un ajuste respecto a edad, sexo y estado de salud inicial, los adultos finlandeses que inicialmente eran más optimistas, en comparación con los que lo eran menos, tuvieron una alimentación más saludable en un seguimiento de 6 años (40). Al igual que ocurre con la actividad física, es posible que haya una relación bidireccional de tal manera que los patrones de alimentación más saludables fomenten también el bienestar psicológico. Los resultados son más equívocos por lo que respecta al IMC saludable, de tal manera que en estudios transversales se han sugerido asociaciones positivas, pero en estudios prospectivos los resultados han sido poco uniformes (39, 40).

VÍAS PSICOSOCIALES Y AMORTIGUAMIENTO DEL ESTRÉS

Se han propuesto diversos mecanismos psicosociales para la asociación entre el bienestar psicológico y la SCV. Por ejemplo, el apoyo social puede relacionar el optimismo con la SCV, ya que los individuos optimistas tienen una mayor probabilidad de buscar un apoyo social al afrontar situaciones difíciles, pueden ser más queridos, tienen redes de amigos más amplias y tienen amigos que les proporcionan un mayor apoyo durante los períodos de estrés (45, 46). Además, el optimismo proporciona confianza en el futuro, lo cual fomenta otros mecanismos psicológicos y cognitivos que potencian la SCV, como la mayor facilidad para seguir las recomendaciones médicas, involucrarse en la solución efectiva de los problemas y adoptar medidas para evitar los eventos desfavorables (47). Algunos investigadores han propuesto que un "optimismo poco realista" puede tener efectos nocivos, pero la mayor parte de la investigación sugiere que las personas con un optimismo elevado pero no extremo son capaces de diferenciar los factores de estrés controlables de los no controlables. Los optimistas tienden a perseverar y afrontar las situaciones con estrategias de solución de problemas y de planificación para abordar los factores de estrés controlables, pero cuando se enfrentan con factores de estrés no controlables, pasan a otros objetivos y usan otros mecanismos de afrontamiento (48). Es probable que existan mecanismos similares para otros aspectos del bienestar psicológico.

La capacidad de autorregulación puede ser también un mecanismo a través del cual el bienestar psicológico influya en los resultados de salud (49). La autorregulación comporta respuestas cognitivas, afectivas y/o conductuales apropiadas en la vida cotidiana y en el contexto de los objetivos más amplio de una persona; estas capaci-

dades proporcionan medios para afrontar y adaptarse eficazmente a los retos de la vida (50). El uso de estrategias más adaptativas para la regulación de la emoción (por ejemplo la revaloración cognitiva) en vez de estrategias mal adaptadas (por ejemplo la supresión de la expresión de la emoción) se asocia a una menor inflamación y una SCV más favorable (49).

El hecho de tener niveles elevados de bienestar psicológico puede ser útil también para amortiguar los efectos nocivos del estrés. Por ejemplo, el optimismo puede modificar el procesamiento y la interpretación de los factores estresantes cotidianos de manera que estos se experimenten de manera menos amenazante (47). La evidencia obtenida en estudios experimentales y observacionales respalda esta hipótesis. Por ejemplo, un mayor bienestar psicológico parece mitigar formas de estrés como el recuerdo de experiencias de tristeza e ira (51) y los factores de estrés derivados de un menor nivel socioeconómico (52).

INFLUENCIAS AMBIENTALES Y SOCIALES. En los Estados Unidos puede haber oportunidades importantes de mejora de los resultados cardiovasculares abordando los factores determinantes sociales (53), definidos por la Organización Mundial de la Salud como aquellas circunstancias en las que las personas se encuentran durante la vida y los sistemas de que disponen para abordar la enfermedad (54). Una reciente declaración científica de la AHA describe los factores sociales (por ejemplo, posición socioeconómica, relaciones sociales, adversidad en la infancia) que se sabe que influyen en la ECV, así como los posibles mecanismos psicológicos como el desasosiego emocional y los trastornos psiquiátricos (53, 55). Sin embargo, en esta declaración no se comentan los posibles beneficios del bienestar psicológico relacionados con los factores sociales y los resultados cardiovasculares. Aunque hay muchos aspectos del bienestar psicológico que se consideran parcialmente heredables — y así, el optimismo de disposición, la satisfacción con la vida y el propósito en la vida muestran una capacidad heredable (tanto familiar como genética) del 25% al 47% (56) — el entorno social puede influir de forma sustancial en la aparición y la distribución del bienestar psicológico (57). Es necesario un abordaje epidemiológico social sistemático del bienestar psicológico, con la identificación de su distribución en la población y sus factores determinantes claves. Es preciso considerar tanto los factores estructurales sociales como los del desarrollo.

El entorno en la fase inicial de la vida es importante para el desarrollo del funcionamiento psicológico. La adversidad en la fase inicial de la vida, incluida la exposición a características adversas de los progenitores (por ejemplo, mala salud mental), una posición socioeconómica baja y una estructura familiar adversa (por ejemplo,

monoparental, alcoholismo de los progenitores) predice una mala salud psicológica en la infancia, la adolescencia y la edad adulta (58, 59). La carencia de una relación segura o de apoyo y cuidado en la infancia puede afectar al desarrollo estructural y funcional del cerebro de una forma que aumenta la probabilidad de desarrollar hábitos mal adaptados y relaciones de menor apoyo (60). Hay menos estudios que hayan analizado la forma en la que el entorno social inicial puede determinar las trayectorias del bienestar psicológico, si bien se han identificado algunos factores importantes, como las prácticas de cuidado parental (calidez, apoyo y cuidado) y la facilidad de comunicación con los progenitores, así como el hecho de que al niño le guste la escuela y la existencia de otras relaciones de apoyo (61-63). Otros factores externos que fomentan el bienestar psicológico en la infancia y la juventud son las relaciones positivas y de alta calidad con los compañeros y las redes sociales fuertes (64), la percepción de la escuela como un entorno de apoyo y la vida en barrios con un alto capital social (65-67).

Por lo que respecta a los factores estructurales, el *World Happiness Report* ha documentado observaciones ecológicas que relacionan un mayor bienestar psicológico con numerosos factores de nivel macro, incluido el mayor producto interior bruto per cápita específico del país, la libertad en la toma de decisiones sobre opciones de vida, la ausencia de corrupción y la menor desigualdad de rentas (68). Los estudios realizados han puesto también de manifiesto que la satisfacción con la vida se asocia a la mayor renta, el mayor nivel de estudios y la posición profesional más alta (69, 70), aunque son pocos los estudios que han examinado las asociaciones entre los factores estructurales sociales y otros aspectos del bienestar psicológico más allá de la satisfacción con la vida y la afectividad positiva. En los Estados Unidos, la raza y el origen étnico pueden desempeñar también un papel, dada la mayor satisfacción con la vida notificada por los individuos blancos en comparación con los negros y los hispanos. Sin embargo, algunos estudios han señalado también que las asociaciones de los factores estructurales con el bienestar psicológico no son siempre independientes y es posible que tengan efectos sinérgicos (69). La evidencia existente apunta a otros indicadores sociales que es posible que influyan en el bienestar psicológico, como el mayor apoyo social, un mayor tamaño de la red social (71-73), las crisis económicas (74), el capital social de la comunidad (75), la movilidad social (76) y las alteraciones del barrio (77).

MEDIDAS PREVENTIVAS A NIVEL DEL INDIVIDUO, DE LA COMUNIDAD Y DE LA SOCIEDAD

Dada la existencia de datos que relacionan el bienestar psicológico con los parámetros de medida de la SCV y los

resultados clínicos, el siguiente paso clave es el de evaluar si determinadas intervenciones específicas a nivel del individuo, de la comunidad y de la sociedad, pueden modificar con éxito el bienestar psicológico y si el hecho de fomentar el bienestar conduce, a su vez, a una mejor SCV. Aunque es posible que algunos aspectos del bienestar psicológico sean heredables y/o relativamente fijos, se han identificado también otros aspectos de dicho bienestar que constituyen habilidades para la vida y forman parte de unas características y capacidades personales maleables que aumentan las posibilidades de éxito y de bienestar en la vida (78). Las intervenciones basadas en el bienestar psicológico destinadas a la creación de estas habilidades y al fomento de la salud podrían aplicarse en 4 fases a lo largo de la vida: 1) fomento de una gestación, desarrollo y envejecimiento saludables; 2) obtención de cambios favorables en componentes de la SCV; 3) potenciación de un manejo eficaz a corto y largo plazo tras los eventos cardiovasculares clínicos; y 4) apoyo a los cuidados paliativos o de final de la vida (2).

INTERVENCIONES A NIVEL INDIVIDUAL Y DE GRUPOS PEQUEÑOS. En primer lugar, es posible que pueda fortalecerse el bienestar psicológico mediante intervenciones diseñadas para individuos o grupos pequeños. Estos programas incluyen los basados en la conciencia plena y las intervenciones psicológicas positivas que abordan directamente la consecución del optimismo, la afectividad positiva y los constructos relacionados con ello. Hasta el momento, la mayor parte de los estudios han examinado intervenciones basadas en la conciencia plena o *mindfulness*. La conciencia plena es un método que se basa en prestar atención a las experiencias del momento presente con una mentalidad abierta, de un modo no valorativo y con curiosidad. La conciencia plena se entiende aquí como una herramienta para aumentar el bienestar psicológico, más que como un componente del bienestar psicológico en sí mismo. Se han desarrollado diversas intervenciones basadas en la conciencia plena, como la reducción del estrés basada en la conciencia plena (79) y la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (80). También se han usado otras técnicas mente-cuerpo relacionadas, como la relajación muscular progresiva, los ejercicios de respiración profunda, las imágenes afectivas guiadas (también denominadas meditación guiada o visualización), el yoga y el tai chi, para fomentar el bienestar psicológico.

En las personas que están en general sanas y no tienen una enfermedad cardíaca ya existente, las intervenciones basadas en la conciencia plena se asocian a una mejora de diversos resultados de salud física y mental, como la mejora de los síntomas depresivos, la ansiedad, el estrés, la calidad de vida, la función física, el abandono

del tabaco, la alimentación saludable y la actividad física (81-83). En las personas con factores de riesgo cardíacos, el entrenamiento de conciencia plena se ha asociado a la reducción de peso (84), el automanejo de la enfermedad y el control de la glucosa (85, 86), y ha producido una mejora del afrontamiento centrado en los problemas y de la presión arterial (87).

Las intervenciones relacionadas con la conciencia plena en pacientes con una cardiopatía ya existente han producido efectos beneficiosos en la calidad de vida relacionada con la salud física y mental, la depresión, la ansiedad, la actividad física y la presión arterial (88, 89). Globalmente, un metanálisis de la reducción del estrés basada en la conciencia plena y de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena, en 578 pacientes con enfermedad vascular (incluida la cardiopatía) de 8 ensayos controlados y aleatorizados observó que, en comparación con las condiciones de control, las intervenciones se asociaron a unos efectos entre pequeños y medios sobre el estrés (diferencia media estandarizada [DME]: $-0,36$; IC del 95%: $-0,67$ a $-0,09$; $p = 0,01$), los síntomas depresivos (DME: $-0,35$; IC del 95%: $-0,53$ a $-0,16$; $p = 0,003$), y la ansiedad (DME: $-0,50$; IC del 95%: $-0,70$ a $-0,29$; $p < 0,001$) (90), principalmente a las 8 semanas de seguimiento. El tai chi y el yoga han producido resultados favorables en pacientes con insuficiencia cardíaca (91-93), así como mejoras en la presión arterial y la capacidad de ejercicio en otros grupos con ECV (94). La meditación forma parte de muchas intervenciones de conciencia plena y se ha asociado a una reducción de la mortalidad en las personas con hipertensión (95). Una reciente declaración científica de la AHA (96) ha recomendado la meditación como técnica adyuvante para otros métodos de reducción del riesgo cardiovascular, dada la evidencia prometedora existente respecto a un efecto beneficioso y a su bajo coste y riesgo. En términos generales, las intervenciones basadas en la conciencia plena parecen fomentar el bienestar psicológico y respaldar la SCV, aunque no todos los estudios han observado un efecto beneficioso y la calidad de los estudios continúa siendo poco uniforme (81, 90).

A diferencia de lo que ocurre con las intervenciones de conciencia plena, las intervenciones de psicología positiva tienen como objetivo fomentar el optimismo, la gratitud y la afectividad positiva de manera directa a través de actividades como imaginar y escribir acerca de un futuro mejor, recordar eventos de vida positivos, identificar y utilizar los puntos fuertes personales y planificar y realizar actos de bondad (97, 98). Las intervenciones de psicología positiva pueden ser fáciles de aplicar, a menudo son factibles y bien aceptadas por los pacientes, y pueden no requerir una capacitación amplia por parte del proveedor de la asistencia. Muchos programas hacen que los participantes lleven a cabo las actividades de bien-

tar por sí mismos, y tras ello el clínico o formador del programa proporciona una retroalimentación y apoyo (figura 1). En las personas sanas se ha observado que estas actividades mejoran los indicadores del bienestar psicológico como el optimismo (99, 100) a corto plazo, y algunos estudios han sugerido un efecto sostenido. Globalmente, un metanálisis de 6139 participantes en 39 ensayos aleatorizados observó que las intervenciones de psicología positiva se asociaron a unos efectos pequeños significativos sobre el bienestar (DME: 0,34; $p < 0,001$) y depresión (DME: 0,23; $p < 0,001$), con efectos sostenidos a los 3 y 6 meses de seguimiento (100).

Hay menos investigación sobre las intervenciones de psicología positiva en pacientes con ECV o factores de riesgo cardíaco. Las intervenciones de psicología positiva en poblaciones de riesgo (por ejemplo, pacientes con hipertensión o diabetes) han conducido a una mejora del bienestar psicológico (101-103) y a menudo, aunque no siempre, a mejoras en la adherencia a la medicación

(101-104) u otras conductas de autocuidado (105). Por ejemplo, en un ensayo aleatorizado realizado en pacientes con diabetes tipo 2, una intervención de afectividad positiva condujo a una mejoría de la depresión superior ($\beta = -0,21$; $p = 0,05$) a la observada en las condiciones de control (102). En los pacientes con ECV ya existentes, las intervenciones de psicología positiva, incluidos los programas orientados específicamente al optimismo (106), han conducido de manera uniforme a una mejora del bienestar psicológico y del rendimiento funcional superior a la observada con las condiciones comparativas (106-108), y en 1 ensayo grande se observó también una mejora de la actividad física (108). Por ejemplo, una intervención de psicología positiva se asoció a diferencias de una magnitud del efecto media en la depresión, la ansiedad y la mejora de la afectividad positiva (DME: 0,47 a 0,71) en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con síndrome coronario agudo reciente (107). Serán necesarios más estudios grandes para examinar

FIGURA 1 Estudios de casos de intervenciones de bienestar psicológico positivo

Estudio de caso número 1: una intervención telefónica de psicología positiva para pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo reciente

El optimismo y otros constructos asociados a un BPP se asocian de manera prospectiva a mejores resultados cardíacos y a una mayor participación en conductas de salud, como la actividad física. Los pacientes hospitalizados por un episodio cardiovascular agudo pueden no tener un trastorno psiquiátrico activo (por ejemplo, una depresión clínica) que requiera tratamiento, pero la hospitalización por un evento cardíaco puede constituir un período crucial durante el cual los pacientes pueden recibir bien un planteamiento centrado en el fomento del BPP cuando están abordando el manejo de su salud y el cambio en el estilo de vida.

Se elaboró una intervención telefónica manual, destinada a fomentar el BPP en pacientes que habían sido hospitalizados recientemente por un síndrome coronario agudo (SCA). Los participantes recibieron un manual escrito de tratamiento que describía actividades orientadas a uno o varios constructos clave relacionados con el BPP. Estas actividades incluían el recuerdo de eventos de vida positivos, la identificación y uso de los puntos fuertes personales, imaginar un posible futuro mejor y el recuerdo de éxitos previos.

Los participantes en el programa realizaron una actividad orientada al BPP diferente cada semana. A continuación describieron por escrito la actividad y sus efectos. Un formador del programa habló con el participante cada semana para examinar la actividad de la semana anterior, comentar la adaptación de la capacidad de BPP a las situaciones de la vida cotidiana, y luego comentó el fundamento y las instrucciones para la actividad de la semana siguiente.

En los estudios de intervención pequeños realizados hasta ahora en pacientes que han sufrido un SCA y poblaciones afines, se ha observado que son muy viables, de manera que se completaron más de tres cuartas partes de las sesiones posibles, las valoraciones de los participantes respecto a la facilidad y utilidad de la actividad fueron altas y hubo una mejora de los resultados psicológicos superior a la obtenida en los pacientes que recibieron la asistencia habitual (107). Se están realizando actualmente proyectos más amplios para examinar su repercusión en las conductas de salud y en los resultados funcionales.

Estudio de caso número 2: una intervención de psicología positiva, adaptada culturalmente para personas hispanas/latinas con un riesgo elevado de ECV

La población hispana/latina constituye la minoría racial/étnica más amplia de Estados Unidos y la carga de salud pública debida a las ECV es desproporcionadamente alta en esa población. Sin embargo, la AHA señala que las medidas de prevención de las ECV disponibles para las minorías han sido hasta ahora relativamente escasas y poco efectivas.

Las intervenciones de psicología positiva adaptadas a los valores y perspectivas culturales de la comunidad hispana/latina pueden ser herramientas útiles para esta población con un riesgo elevado de ECV, que muestra una menor utilización de los servicios en los contextos médicos. En consecuencia, en un ensayo piloto se examinó la viabilidad de una intervención de psicología positiva realizada en la iglesia y adaptada culturalmente, en adultos hispanos/latinos que referían dos o más factores de riesgo principales para la ECV. A lo largo del período de intervención de 2 meses, cada semana contó con una sesión de 90 minutos, proporcionada por un asistente social bilingüe, en un contexto de grupo, con ejercicios prácticos prescritos para realizar en el domicilio, que tenía como objetivo incorporar las habilidades aprendidas a las actividades de la vida cotidiana. Las habilidades enseñadas consistieron en identificar y apreciar los eventos positivos, identificar los puntos fuertes personales y practicar la conciencia plena.

Once de 19 adultos completaron el programa, y los abandonos se debieron a menudo a factores logísticos. Casi todos (97%) los participantes se mostraron satisfechos con las sesiones, y hubo aumentos notables de la felicidad, la vitalidad emocional y las conductas de fomento del BPP (por ejemplo, la meditación) en las evaluaciones realizadas con parámetros de medición del cambio y la magnitud del efecto. Este estudio de un caso resalta algunas cuestiones importantes respecto a la prestación de servicios en comunidades con pocos recursos: 1) la derivación a programas a nivel de comunidad que fomentan el bienestar puede ser una opción saludable y poco costosa, 2) deben determinarse los valores culturales y las preferencias de la comunidad antes de definir las mejores prácticas a aplicar y 3) son necesarias estrategias para aumentar la permanencia en el tratamiento, incluido el abordaje de cuestiones como el traslado, el cambio en el turno de trabajo y los deberes de cuidado de los hijos.

Estos 2 estudios de casos ilustran la aplicación de intervenciones de bienestar psicológico en contextos clínicos y de comunidad u organización, respectivamente. Aunque son de una escala de aplicación pequeña, son ejemplos característicos de los enfoques que se están explorando en este campo. SCA = síndrome coronario agudo; AHA = American Heart Association; ECV = enfermedad cardiovascular; BPP = bienestar psicológico positivo.

los efectos sobre los resultados de conducta y de salud. Se han descrito también efectos beneficiosos de las intervenciones de psicología positiva en el grupo de pacientes con ECV por lo que respecta a los marcadores biológicos, incluida la inflamación y la variabilidad de la frecuencia cardíaca (109, 110), si bien estos efectos biológicos se han observado de manera menos uniforme que los efectos sobre las conductas de salud.

Por último, se han desarrollado y evaluado también programas centrados específicamente en potenciar el sentido y el propósito de la vida. En ensayos aleatorizados grandes realizados en pacientes con cáncer avanzado o en cuidados paliativos se ha observado que las intervenciones relacionadas con el sentido o el propósito de la vida han conducido a mejoras del bienestar, la calidad de vida, la depresión y el desasosiego causado por los síntomas físicos, y se ha observado que estos efectos se producen a través de un mayor sentido de la vida (111, 112). En un estudio de una intervención centrada en el sentido de la vida en cuidados paliativos se observaron efectos potentes sobre el propósito de vida ($r = 0,56$; $p < 0,001$) y sobre los síntomas depresivos ($p < 0,05$) (112). Hasta donde nosotros sabemos, estas intervenciones no se han ensayado en individuos con ECV o con factores de riesgo para la ECV.

Junto con su utilidad como intervenciones empleadas solas, los programas que fomentan el bienestar psicológico podrían combinarse también con programas existentes que tienen como objetivo un cambio de las conductas de salud (113). Se han integrado con éxito intervenciones basadas en la conciencia plena en programas de rehabilitación cardíaca (114). Además, las actividades de psicología positiva han conducido a un aumento de la autoeficacia, la confianza y las conexiones interpersonales (113), lo cual está relacionado, a su vez, con un mayor involucramiento en las intervenciones de conductas de salud tradicionales (115, 116). Esta observación sugiere que la combinación de intervenciones de bienestar psicológico y de conductas de salud podría aportar un beneficio cardíaco tanto directamente, a través de la mejora de factores psicológicos asociados a los resultados cardíacos (por ejemplo, la depresión), como mediante el fomento del involucramiento en una intervención conductual vinculada, como la entrevista motivacional (113). De hecho, en un ensayo reciente, de diseño factorial, se observó que la adición de la entrevista motivacional a una intervención de psicología positiva condujo a una adherencia a las conductas de salud mayor que la observada en los sujetos a los que se aplicó solamente la intervención de psicología positiva (117).

INTERVENCIONES A NIVEL DE LA COMUNIDAD Y DE LA POBLACIÓN. El fomento del bienestar psicológico en contextos de base comunitaria (ya sea a través de los

centros de trabajo, las iglesias, los barrios o en un ámbito poblacional) podría aportar un beneficio aún mayor. En ensayos anteriores se han puesto a prueba programas destinados a potenciar el bienestar psicológico de los adolescentes en el contexto escolar (118, 119) y de los adultos de edad avanzada a través de organismos de la comunidad (120). Estas intervenciones han dado lugar a una menor cantidad de síntomas depresivos y padecimientos físicos, con una mejora de la calidad de vida y del bienestar emocional y el crecimiento personal (119, 120). En una intervención de grupo, de psicología positiva aplicada en la iglesia (**figura 1**) en individuos hispanos y latinos de Estados Unidos con riesgo de ECV, se observó que el programa era viable y se asociaba a un aumento pre-post en el bienestar emocional y un mayor involucramiento en las conductas inductoras de felicidad (por ejemplo, la meditación) (121).

El lugar en el que ha habido un desarrollo más amplio de estos programas institucionales han sido, tal vez, los centros de trabajo. Estos programas tienen un interés especial ya que la mayor parte de los adultos de Estados Unidos son empleados que trabajan en un centro de trabajo y para muchos de ellos el trabajo constituye una causa importante de estrés (121). Además, el estrés asociado al trabajo rutinario, incluida la tensión laboral y el horario laboral prolongado, puede contribuir a aumentar el riesgo de ECV (122). Algunas publicaciones recientes de la AHA se han centrado en el lugar de trabajo, como un *Workplace Health Playbook* sobre programas de capacitación en la resiliencia (123). Estos programas de resiliencia se han utilizado en individuos o grupos de empleados y consisten en una combinación de terapia cognitivo-conductual tradicional, conciencia plena, fomento del "capital psicológico" y programas basados en la psicología positiva (124, 125). Con ellos se han observado efectos pequeños pero significativos en el rendimiento laboral, los resultados psicológicos y la salud física. Otros programas centrados en el bienestar psicológico que están relacionados con la "salud organizacional positiva" no han sido tan bien estudiados empíricamente (126) como los programas de control del estrés basados en la terapia cognitivo-conductual tradicional, y serán necesarias nuevas investigaciones para determinar la repercusión de estos programas en el lugar de trabajo.

Aunque los programas de bienestar psicológico no se han aplicado aún a comunidades enteras, hay un interés creciente por las intervenciones de fomento de la SCV hechas a medida para comunidades específicas (127). Entre los ejemplos de ello se encuentran el *Healthy Chicago/Healthy Hearts Action Plan* (128) y el *Be There San Diego*, un proyecto destinado a eliminar la ECV y el ictus de la provincia de San Diego (129). La iniciativa *Culture of Health* de la *Robert Wood Johnson Foundation* (130) presta apoyo a alrededor de 30 comunidades

estadounidenses de todo el país “haciendo de la salud un valor compartido, fomentando la colaboración intersectorial para mejorar el bienestar, creando comunidades más saludables y más equitativas y fortaleciendo la integración de los servicios y sistemas de asistencia sanitaria”. Deberá darse una alta prioridad a la investigación de la posible contribución de las intervenciones de bienestar psicológico a estas y otras iniciativas similares.

CUIDADORES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: CONSECUENCIAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las entrevistas que tienen lugar en el ámbito de la cardiología clínica pueden brindar una excelente oportunidad para evaluar y fomentar el bienestar psicológico, especialmente por lo que respecta a la salud. Un primer paso en la visita puede ser una breve evaluación de los síntomas de desasosiego psicológico, como la depresión y la ansiedad. En anteriores revisiones de actualización sobre el desasosiego psicológico y la ECV (131, 132) se ha descrito una forma de abordar este *screening* y los posibles pasos siguientes del manejo clínico de las cuestiones de salud mental.

A continuación, está justificada la evaluación del bienestar psicológico. Aunque los pacientes que sobreviven a

largo plazo tras eventos agudos de ECV con frecuencia no presentan clínicamente un trastorno psiquiátrico actual, ni sufren un desasosiego activo típico, en la fase inmediatamente posterior al evento es probable que la mayoría de los pacientes consideren que el fomento del bienestar psicológico tiene importancia para su calidad de vida y su funcionamiento. Al examinar los resultados del *screening* de la depresión o la ansiedad con los pacientes, los clínicos pueden introducir brevemente la idea de que el bienestar psicológico, y no solo la ausencia de un desasosiego agudo, es importante para la salud. Varias preguntas específicas (**tabla 1**) sobre el bienestar psicológico pueden aportar información y pueden estimular una conversación acerca del fomento del bienestar psicológico. Estas preguntas pueden centrarse en el optimismo del paciente, la satisfacción con la vida, el apoyo social, el propósito de la vida y la afectividad positiva, en relación con sus circunstancias generales de vida y su salud.

El bienestar psicológico puede ser fomentado y respaldado de diversas maneras por los clínicos y otros prestadores de asistencia (**figura 2**). Un enfoque de este tipo se centra en fomentar los puntos fuertes del individuo para promocionar su bienestar psicológico y su salud, y los pacientes pueden considerar que este enfoque es motivador y gratificante. Las afirmaciones específicas realizadas por los clínicos pueden respaldar el bienestar psicológico, en especial cuando corresponden a circunstancias personales de los pacientes (**tabla 1**). A continuación, los clínicos pueden hacer recomendaciones personalizadas (**tablas 1 y 2**). Por ejemplo, un clínico puede “dar permiso” a los pacientes para que se dediquen a las aficiones que les gustan o a otras actividades de las que disfruten, en especial las que comportan una actividad física, un apoyo social o una satisfacción más profunda y un mayor propósito de la vida. Estas “prescripciones” de los clínicos de tender al bienestar personal pueden ser potentes y muy valoradas por los pacientes, y pueden tener más peso aún cuando los clínicos explican que el bienestar psicológico se asocia a una mejor calidad de vida relacionada con la salud y a un mejor resultado cardiovascular.

En los pacientes con una visión interna y un interés apropiados, los clínicos pueden recomendar además actividades estructuradas específicas relativas al bienestar psicológico. Los ejemplos de actividades que se resumen en la **tabla 2**, pueden incluir las centradas en el optimismo o las relativas a la salud asociadas a un mejor bienestar (133). Los clínicos y otros prestadores de asistencia pueden aportar también información acerca de programas y recursos de la comunidad que fomenten el bienestar psicológico y/o aumenten el apoyo social, incluidas las redes de apoyo social y la asistencia domiciliaria. Ese enfoque puede ser especialmente importante en las zonas de renta baja o en las comunidades desfavorecidas,

TABLA 1 Preguntas clínicas y explicaciones breves para abordar y fomentar el bienestar psicológico positivo en las visitas clínicas

Característica o activo	Preguntas y ejemplos de explicaciones
Optimismo	<p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “¿Espera que le ocurran cosas buenas en el futuro?” • “¿Cómo cree que irán las cosas en el futuro en cuanto a su salud?” <p>Ejemplos de explicaciones para respaldar el bienestar psicológico positivo:</p> <p><i>He tratado antes a muchos pacientes con este problema de salud y he visto que a muchos de ellos les va muy bien. Creo que en usted puede ocurrir lo mismo.</i></p>
Afectividad positiva o satisfacción con la vida	<p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “¿Con qué frecuencia experimenta alegría o placer en su vida?” • “¿Está satisfecho con cómo ha ido su vida cómo la ha vivido?” <p>Ejemplos de explicaciones para respaldar el bienestar psicológico positivo:</p> <p><i>Hay muchas investigaciones que han observado una relación entre sentirse feliz y satisfecho con la propia vida y la salud cardíaca. Por lo tanto, quiero apoyarle plenamente en que se tome tiempo para usted mismo y se dedique a [aficiones saludables y actividades de interés].</i></p>
Gratitud	<p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “¿Hay algo por lo que se sienta agradecido en su vida?” • “¿Se ha sentido alguna vez agradecido por algo relativo a su salud? Dígame de qué se trata.” <p>Ejemplos de explicaciones para respaldar el bienestar psicológico positivo:</p> <p><i>Hemos tenido suerte de poder abordar este problema cuando lo hicimos, y creo que esto significa que hay buenas posibilidades de que su salud se mantenga fuerte si trabajamos juntos para ello.</i></p>
Aprovechamiento de los puntos fuertes personales	<p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “¿Cuáles son sus principales puntos fuertes y capacidades?” • “¿Cuándo ha aplicado sus mejores capacidades para mejorar su propia salud?” <p>Ejemplos de explicaciones para respaldar el bienestar psicológico positivo:</p> <p><i>Me ha impresionado cómo ha tenido éxito en su vida cuando [situación de vida]. Puede utilizar esas mismas capacidades para tener éxito en el cuidado de su salud cardíaca.</i></p>

FIGURA 2 Enfoques prácticos de las intervenciones de psicología positiva

Visita de cardiología clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: detectar el desasosiego, introducir la importancia del BPP, recomendar actividades (actividad física, aficiones saludables) • Personal auxiliar: explicar actividades específicas de BPP (tabla 2) con mayor detalle, realizar el seguimiento de las actividades de BPP previas, proporcionar información sobre recursos de la comunidad
Programas de prevención y rehabilitación cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria: centrada en los beneficios del optimismo, la afectividad positiva y los constructos relacionados con ello para la salud cardiovascular • Aplicación: integración de las actividades de BPP en la programación, incluidas las centradas en la conciencia plena, el optimismo, los puntos fuertes, la gratitud y la inducción de una afectividad positiva
Recursos de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos: grupos centrados en la salud cardíaca, grupos para caminar/realizar actividades, grupos de intereses/aficiones • Profesionales/programas: programas de mente-cuerpo y de meditación, entrenadores de salud • Contexto: iglesias, centros de personas mayores, centros de la comunidad, organizaciones de voluntariado
Psiquiatría y profesionales clínicos de la salud conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de principios y actividades de BPP en las intervenciones de salud mental a nivel individual y a nivel de grupo ya existentes • Combinación de las actividades de BPP con intervenciones de conductas de salud tradicionales para fomentar el involucramiento y la motivación

Estos principios y recursos pueden facilitar a los clínicos y los demás prestadores de asistencia la identificación de oportunidades no detectadas anteriormente para promover el bienestar a través de abordajes específicos para cada contexto. BPP = bienestar psicológico positivo.

TABLA 2 Actividades destinadas a fomentar el bienestar psicológico positivo en las visitas clínicas y después de ellas

Característica o activo	Actividad introductoria en la visita clínica	Actividades estructuradas	Habilidades a desarrollar
Optimismo	Examinar y comentar un mejor futuro posible en relación con la salud	Redactar de manera detallada el mejor futuro posible en relación con la salud dentro de 1 año y cómo podría conseguirse	Desarrollar expectativas de salud optimistas y el logro de estas expectativas basado en objetivos
Gratitud	Comentar las razones para estar agradecido respecto al estado de salud actual de la persona	Iniciar una práctica de recuerdo o registro de los eventos de vida positivos Redactar una carta de agradecimiento a otra persona	Fomentar una perspectiva de gratitud en el mundo, incluida la gratitud por la salud
Autoeficacia o confianza y uso de los puntos fuertes personales	Examinar los éxitos previos de la persona, las características que han conducido a esos éxitos y la forma en la que esto puede aplicarse a los objetivos de salud	Escribir acerca de éxitos de vida previos importantes y acerca de la forma en la que las capacidades personales que condujeron a ese éxito pueden aplicarse ahora al autocuidado Identificar un punto fuerte personal característico (por ejemplo, perseverancia, inteligencia social, creatividad) y usarlo de una forma nueva	Desarrollar una identidad centrada en los puntos fuertes y fomentar el uso de los puntos fuertes personales para las actividades relativas a la salud
Afectividad positiva	Comentar los eventos de vida positivos previos y valorar las actividades actuales que proporcionan placer	Programar actividades placenteras Capitalizar los eventos de vida positivos apreciándolos o compartiéndolos	Crear una práctica de experimentar y apreciar los eventos de vida positivos
Sentido o propósito de la vida	Comentar las cosas de la propia vida que aportan un sentido o propósito	Escribir acerca del propio legado, los pasos dados para alcanzar esos objetivos de vida y la forma en la que las actividades relacionadas con la salud pueden facilitar estos objetivos	Identificar objetivos específicos que den sentido a la vida y utilizar el autocuidado relativo a la salud para facilitar la consecución de esos objetivos

dados los posibles obstáculos existentes para el empleo de las estrategias psicológicas y conductuales tradicionales a causa de los costes, la estigmatización y los recursos ambientales. Aunque puede parecer difícil ayudar a los pacientes a modificar su bienestar psicológico en el con-

texto de un diagnóstico médico reciente, estos eventos pueden constituir una “oportunidad para la enseñanza”.

Es bien sabido que la mayoría de los médicos han tenido una formación mínima en este campo y tienen un tiempo muy limitado para dedicarlo a los pacientes. Sin

embargo, un abordaje estructurado y breve del bienestar psicológico que incluye un número reducido de preguntas dirigidas, un comentario centrado en el paciente sobre las fuentes de bienestar psicológico, información acerca de los beneficios de este, y el aporte de recursos específicos y actividades destinadas a fomentarlo, puede ser un componente breve y útil de la visita y el cuidado general del paciente. Los comentarios de mayor profundidad, el seguimiento de actividades positivas y los recursos adicionales pueden proporcionarlos otros miembros del equipo clínico (por ejemplo, enfermeras, personal de la consulta o profesionales de la salud conductual). Además, los contextos que se centran en el bienestar cardiovascular, como los programas de prevención y rehabilitación cardíaca, pueden ser una oportunidad ideal para realizar estas evaluaciones, conversaciones e intervenciones. Por último, los psiquiatras, psicólogos y otros clínicos con un conocimiento experto de la cardiología conductual pueden utilizar un abordaje del bienestar y combinarlo o integrarlo con otras intervenciones psicológicas o conductuales (**figura 2**).

PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA INVESTIGACIÓN

Son necesarias nuevas investigaciones a 3 niveles distintos pero complementarios. En primer lugar, una mejor definición y medición del bienestar psicológico potenciará los avances en este campo. Se han establecido unos pocos parámetros de valoración bien validados para aspectos específicos del bienestar (134). Sin embargo, para la mayoría de los aspectos del bienestar psicológico (por ejemplo, sentido de la vida, afectividad positiva), carecemos de instrumentos sólidos o no hay un consenso respecto al parámetro de valoración a elegir. Serán necesarios nuevos estudios para alcanzar un consenso respecto a los parámetros de medición óptimos de entre los ya existentes y para desarrollar instrumentos de valoración que sean psicométricamente sólidos en aquello en lo que no los haya.

En segundo lugar, dado que el conocimiento de los mecanismos resulta fundamental para establecer la causalidad y puede orientar el desarrollo de las intervenciones (135), este campo requiere una investigación más rigurosa de las vías causales que relacionan el bienestar psicológico con los resultados cardiovasculares. Los estudios de los mecanismos de acción que relacionan el bienestar psicológico con las conductas, los factores y los resultados de SCV han sido a menudo transversales, han examinado un único factor psicológico y han tenido otras varias limitaciones fundamentales. La investigación futura para evaluar los mecanismos de acción requerirá estudios epidemiológicos observacionales sólidos que incorporen lo siguiente: 1) múltiples parámetros de valo-

ración del bienestar para diferenciar si los distintos aspectos del bienestar psicológico influyen de manera diferente en los resultados; 2) diseños de estudio de cohortes longitudinales para evaluar las relaciones de forma prospectiva; 3) un examen simultáneo de las vías biológicas, conductuales y psicosociales; 4) un control adecuado del factor de desasosiego psicológico (por ejemplo, la depresión) y otros factores de confusión; 5) muestras grandes y que incluyan diversidad; y 6) el uso de métodos óptimos de inferencia de la causalidad.

Por lo que respecta a los estudios de las vías biológicas y del bienestar psicológico, los resultados han aportado a menudo tan solo sugerencias, debido en parte a los problemas metodológicos antes mencionados. Aunque los resultados prospectivos proporcionan una evidencia más concluyente, las técnicas habituales empleadas para reducir la preocupación respecto a una causalidad inversa, como el ajuste respecto a los niveles iniciales del parámetro de valoración de interés, pueden no abordar siempre este aspecto. También son probables las asociaciones bidireccionales, como ocurre con la depresión y la ECV (136). Otros métodos alternativos para evaluar la inferencia causal —como los estudios epidemiológicos con el empleo de mediciones repetidas, los métodos estadísticos específicamente diseñados para abordar estas cuestiones (por ejemplo, los modelos estructurales marginales) o los diseños experimentales— pueden ser de utilidad para resolver estas dificultades. Además, dado que basarse en un solo parámetro de valoración biológico puede no reflejar la situación biológica en múltiples sistemas, los nuevos enfoques “ómicos” (por ejemplo, metabolómica, microbioma) pueden aportar una mayor perspectiva.

Los estudios del bienestar psicológico y las conductas de salud han sido con mayor frecuencia de tipo longitudinal, y las asociaciones se han observado de manera más uniforme, en especial en cuanto a la actividad física y el tabaquismo, aunque la diversidad de las poblaciones estudiadas ha contribuido a producir algunos resultados poco coherentes. La obtención de medidas repetidas de conductas de salud medidas de manera objetiva a lo largo del tiempo proporcionará un conjunto de evidencias más completo y riguroso para establecer qué conductas de salud relacionan el bienestar psicológico con la SCV. Las vías psicosociales constituyen también un mecanismo importante ya que pueden fomentar la resolución de problemas efectiva, la capacidad de regulación y el amortiguamiento del estrés; sin embargo, hay pocos estudios en los que se hayan evaluado específicamente estas vías como posibles mecanismos. La obtención de evidencias directas requerirá estudios bien diseñados que evalúen el bienestar psicológico, diversos factores psicosociales y la SCV.

Por lo que respecta a los antecedentes ambientales sociales, los factores a nivel macro, como la posición socioeconómica y las relaciones sociales, están correla-

cionados con el bienestar psicológico, aunque la mayor parte de los estudios han sido de tipo ecológico y de correlación. Los estudios prospectivos a nivel individual de la posición socioeconómica o los cambios en las redes de apoyo social han mostrado relaciones predictivas respecto al bienestar psicológico; sin embargo, estas relaciones no son uniformes en todos los constructos del bienestar (76). Serán necesarios nuevos estudios en los que se evalúen las influencias ambientales sociales en el bienestar psicológico, en especial estudios que evalúen múltiples constructos del bienestar psicológico.

En tercer lugar, el estudio de las intervenciones que fomentan el bienestar psicológico debe ser un enfoque fundamental en la clínica y en la investigación futura. Aunque las intervenciones centradas en la conciencia plena y en la psicología positiva parecen ser eficaces para mejorar el bienestar psicológico en las personas sanas, los estudios de su repercusión en el fomento de la SCV y la mejora de los resultados en los pacientes con ECV continúan siendo muy insuficientes. Las intervenciones de bienestar psicológico actuales a nivel de individuo, de grupo y de comunidad deberán basarse en modelos teóricos, abordar características modificables asociadas a la SCV y deberán estudiarse mediante ensayos pragmáticos rigurosos y con la potencia estadística suficiente, en muestras de pacientes y en poblaciones sanas. En los estudios de intervención será preciso considerar intervenciones basadas en el uso de dispositivos móviles para mejorar el alcance y las repercusiones de una intervención combinada de bienestar psicológico y conductas de salud, que puede ser más potente que cualquiera de las dos sola. Las intervenciones en iglesias, centros de trabajo y otros contextos de la comunidad podrían fomentar un mayor bienestar y apoyo social a nivel de la comunidad y fortalecer los activos psicológicos a nivel individual. Los investigadores han señalado que algunos países fomentan de manera más activa los recursos que potencian el bienestar psicológico, como el apoyo social y la generosidad y la prestación universal de asistencia de salud física y mental, y se ha especulado con la posibilidad de que estos recursos puedan explicar la mayor esperanza de vida y la mayor salud global observada en dichos países. Sin embargo, no se han realizado estudios que hayan evaluado las intervenciones de bienestar psicológico a nivel de la población para promover la SCV.

CONCLUSIONES

Existe un conjunto sustancial de investigaciones que han abordado la relación entre el bienestar psicológico y la SCV. El bienestar psicológico puede influir en la SCV a través de 3 vías generales: biológica, conductual y psicosocial. El bienestar psicológico puede fortalecerse mediante intervenciones como los programas de conciencia plena y las intervenciones de psicología positiva. Estas intervenciones, aplicadas en la práctica clínica tanto para individuos como para grupos pequeños, han mostrado en general una mejora de los resultados de salud mental y calidad de vida, que son valiosos de por sí; sin embargo, continúa sin estar claro si estas intervenciones modifican de manera duradera y potente las conductas de SCV, los factores biológicos o los resultados cardíacos. Las intervenciones a nivel de la comunidad, en centros de trabajo, escuelas, iglesias y otras organizaciones han sido poco evaluadas hasta el momento. Además, no se han realizado estudios específicos para evaluar si las intervenciones de bienestar psicológico conducen de por sí o no a una mejora de la SCV. (109). Sin embargo, este campo se está orientando cada vez más hacia ello, con estudios destinados a identificar los componentes óptimos del bienestar psicológico que pueden evaluarse luego en ensayos controlados rigurosos para examinar los efectos sobre los resultados relacionados con la salud (117).

Con una experiencia más amplia y nuevas evidencias, las recomendaciones de práctica clínica y las guías de políticas de salud para las intervenciones de bienestar psicológico podrían tener un efecto sustancial en la SCV a nivel de la población. Hay una urgente necesidad de inversión en la investigación propuesta, para determinar la posible aportación de la mejora de la salud psicológica a la mejor SCV a nivel de la población; esta es una cuestión en la que no se puede esperar más.

DIRECCIÓN PARA LA CORRESPONDENCIA: Dr. Darwin R. Labarthe, Department of Preventive Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, 680 North Lake Shore Suite 1400, Chicago, Illinois 30311. Correo electrónico: darwin.labarthe@northwestern.edu. Twitter: @NUFeinbergMed.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull* 2012;138:655-91.
2. Labarthe DR, Kubzansky LD, Boehm JK, Lloyd-Jones DM, Berry JD, Seligman ME. Positive cardiovascular health: a timely convergence. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:860-7.
3. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010;121:586-613.
4. Younus A, Aneni EC, Spatz ES, et al. A systematic review of the prevalence and outcomes of ideal cardiovascular health in US and non-US populations. *Mayo Clin Proc* 2016;91:649-70.

5. Waterman AS. On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when contemplating the hedonic treadmill. *Am Psychol* 2007;62:612-3.
6. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:1007-22.
7. Ryff CD, Love GD, Urry HL, et al. Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychother Psychosom* 2006;75:85-95.
8. Kronish IM, Carson A, Davidson K, Muntner P, Stafford M. Depressive symptoms and cardiovascular health by the American Heart Association's definition in the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PLoS One* 2012;7:e52771.
9. Boehm JK, Soo J, Chen Y, et al. Psychological well-being's link with cardiovascular health in older adults. *Am J Prev Med* 2017;53:791-8.
10. Hernandez R, Kershaw KN, Siddique J, et al. Optimism and cardiovascular health: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Health Behav Policy Rev* 2015;2:62-73.
11. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. *Nat Rev Cardiol* 2017;14:145-55.
12. Gan Y, Gong Y, Tong X, et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry* 2014;14:371.
13. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJ, Penninx BW. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and metaanalysis. *Br J Psychiatry* 2016;208:223-31.
14. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:936-46.
15. Edmondson D, Kronish IM, Shaffer JA, Falzon L, Burg MM. Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a metaanalytic review. *Am Heart J* 2013;166:806-14.
16. Kivimaki M. Psychosocial factors in etiology and prognosis of specific diseases and disorders: cardiovascular diseases. In: Kivimaki M, Batty DG, Kawachi I, Steptoe A, editors. *Handbook of Psychosocial Epidemiology*. New York, NY: Routledge, 2018:247-62.
17. Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I, Vokonas PS, Sparrow D. Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: a prospective study in the Normative Aging Study. *Ann Behav Med* 2006;31:1.
18. Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A 3rd, Vokonas PS, Sparrow D. Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:109-16.
19. Steptoe A, Brydon L. Emotional triggering of cardiac events. *Neurosci Biobehav Rev* 2009;33:63-70.
20. Kim ES, Smith J, Kubzansky LD. Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart failure. *Circ Heart Fail* 2014;7:394-400.
21. Kim ES, Hagan KA, Grodstein F, DeMeo DL, De Vivo I, Kubzansky LD. Optimism and cause-specific mortality: a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2017;185:21-9.
22. Kim ES, Park N, Peterson C. Dispositional optimism protects older adults from stroke: the Health and Retirement Study. *Stroke* 2011;42:2855-9.
23. Lambiase MJ, Kubzansky LD, Thurston RC. Positive psychological health and stroke risk: the benefits of emotional vitality. *Health Psychol* 2015;34:1043-6.
24. Cohen R, Bavishi C, Rozanski A. Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2016;78:122-33.
25. Liu B, Floud S, Pirie K, et al. Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study. *Lancet* 2016;387:874-81.
26. Yu L, Boyle PA, Wilson RS, Levine SR, Schneider JA, Bennett DA. Purpose in life and cerebral infarcts in community-dwelling older people. *Stroke* 2015;46:1071-6.
27. Kubzansky LD, Kim ES, Salinas J, Huffman JC, Kawachi I. Happiness, health, and mortality. *Lancet* 2016;388:27.
28. Trudel-Fitzgerald C, Gilsanz P, Mittleman MA, Kubzansky LD. Dysregulated blood pressure: can regulating emotions help? *Curr Hypertens Rep* 2015;17:92.
29. Trudel-Fitzgerald C, Boehm JK, Kivimaki M, Kubzansky LD. Taking the tension out of hypertension: a prospective study of psychological well-being and hypertension. *J Hypertens* 2014;32:1222-8.
30. Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK, et al. Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation* 2001;104:2024-8.
31. Oveis C, Cohen AB, Gruber J, Shiota MN, Haidt J, Keltner D. Resting respiratory sinus arrhythmia is associated with tonic positive emotionality. *Emotion* 2009;9:265-70.
32. Sloan RP, Schwarz E, McKinley PS, et al. Vagal-mediated heart rate variability and indices of well-being: results of a nationally representative study. *Health Psychol* 2017;36:73-81.
33. Richman LS, Kubzansky LD, Maselko J, Ackerson LK, Bauer M. The relationship between mental vitality and cardiovascular health. *Psychol Health* 2009;24:919-32.
34. Oreskovic NM, Goodman E. Association of optimism with cardiometabolic risk in adolescents. *J Adolesc Health* 2013;52:407-12.
35. Yoo J, Miyamoto Y, Rigotti A, Ryff CD. Linking positive affect to blood lipids: a cultural perspective. *Psychol Sci* 2017;28:1468-77.
36. Tsenkova VK, Dienberg Love G, Singer BH, Ryff CD. Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychol* 2008;27:5163-71.
37. Midei AJ, Matthews KA. Positive attributes protect adolescents from risk for the metabolic syndrome. *J Adolesc Health* 2014;55:678-83.
38. Grant N, Wardle J, Steptoe A. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *Int J Behav Med* 2009;16:259-68.
39. Kelloniemi H, Ek E, Laitinen J. Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite* 2005;45:169-76.
40. Serlachius A, Pulkki-Raback L, Elovainio M, et al. Is dispositional optimism or dispositional pessimism predictive of ideal cardiovascular health? The Young Finns Study. *Psychol Health* 2015;30:1221-39.
41. Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *J Adolesc Health* 2000;27:255-65.
42. Ronaldson A, Molloy GJ, Wikman A, Poole L, Kaski JC, Steptoe A. Optimism and recovery after acute coronary syndrome: a clinical cohort study. *Psychosom Med* 2015;77:311-8.
43. Carvajal SC. Global positive expectancies in adolescence and health-related behaviours: longitudinal models of latent growth and cross-lagged effects. *Psychol Health* 2012;27:916-37.
44. Kim ES, Kubzansky LD, Soo J, Boehm JK. Maintaining healthy behavior: a prospective study of psychological well-being and physical activity. *Ann Behav Med* 2017;51:337-47.
45. Brissette I, Scheier MF, Carver CS. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:102-11.
46. Andersson MA. Dispositional optimism and the emergence of social network diversity. *Social Q* 2012;53:92-115.
47. Rasmussen HN, Wrosch C, Scheier MF, Carver CS. Self-regulation processes and health: the importance of optimism and goal adjustment. *J Pers* 2006;74:1721-47.
48. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev* 2010;30:879-89.
49. Appleton A, Kubzansky LD. Emotion regulation and cardiovascular disease risk. In: Gross JJ, editor. *Handbook of Emotion Regulation*. New York, NY: Guilford Press, 2014:596-612.
50. Carver CS, Scheier MF. Optimism, pessimism, and self-regulation. In: Chang EC, editor. *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001:31-52.
51. Brummett BH, Boyle SH, Kuhn CM, Siegler IC, Williams RB. Positive affect is associated with cardiovascular reactivity, norepinephrine level, and morning rise in salivary cortisol. *Psychophysiology* 2009;46:862-9.
52. Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychol Bull* 2003;129:10-51.
53. Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, et al. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015;132:873-98.
54. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661-9.

55. Suglia SF, Koenen KC, Boynton-Jarrett R, et al. Childhood and adolescent adversity and cardio-metabolic outcomes: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018;137:e15-28.
56. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol* 2003;54:403-25.
57. Kubzansky LD, Segerstrom SC, Boehm JK. Positive psychological functioning and the biology of health. *Soc Personal Psychol Compass* 2015;9:645-60.
58. McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1151-60.
59. Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. *Am Psychol* 2000;55:218-32.
60. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129:e232-46.
61. Molcho M, Gabhainn SN, Kelleher CC. Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier? *Ir Med J* 2007;100 Suppl:3-6.
62. Levine K, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ Res* 2010;110:152-68.
63. Currie C, Zanotti C, Morgan A, et al. Social Determinants of Health and Well-Being Among Young People Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2009/2010 Survey. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2012.
64. Moreno C, Sanchez-Queija I, Munoz-Tinoco V, et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health* 2009;54 Suppl 2: 235-42.
65. Danielsen A, Samdal O, Hetland J, Wold B. School-related social support and students' perceived life satisfaction. *J Educ Res* 2009;102: 303-18.
66. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol* 2007;39:177-90.
67. Theokas C, Almerigi JB, Lerner RM, et al. Conceptualizing and modeling individual and ecological asset components of thriving in early adolescence. *J Early Adolesc* 2005;25:113-43.
68. Helliwell J, Layard R, Sachs J, editors. *World Happiness Report*. New York, NY: Sustainable Development Solutions Network, 2017.
69. Barger SD, Donoho CJ, Wayment HA. The relative contributions of race/ethnicity, socioeconomic status, health, and social relationships to life satisfaction in the United States. *Qual Life Res* 2009;18:179-89.
70. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Ruiz MA. The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing Soc* 2001;21:23-43.
71. Greenfield EA, Reyes L. Continuity and change in relationships with neighbors: implications for psychological well-being in middle and later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2015;70:607-18.
72. Tomini F, Tomini SM, Groot W. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatr* 2016;16:203.
73. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2000;15:187-224.
74. Clench-Aas J, Holte A. The financial crisis in Europe: impact on satisfaction with life. *Scand J Public Health* 2017;45:30-40.
75. Inaba Y, Wada Y, Ichida Y, Nishikawa M. Which part of community social capital is related to life satisfaction and self-rated health? A multilevel analysis based on a nationwide mail survey in Japan. *Soc Sci Med* 2015;142:169-82.
76. Boehm JK, Chen Y, Williams DR, Ryff C, Kubzansky LD. Unequally distributed psychological assets: are there social disparities in optimism, life satisfaction, and positive affect? *PLoS One* 2015;10:e0118066.
77. Toma A, Hamer M, Shankar A. Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. *Health Place* 2015; 34:46-53.
78. Steptoe A, Wardle J. Life skills, wealth, health, and wellbeing in later life. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2017;114:4354-9.
79. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind in Everyday Life*. New York, NY: Delacorte, 1990.
80. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.
81. Ruffault A, Czernichow S, Hagger MS, et al. The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract* 2017;11: 90-111.
82. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MG. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One* 2015;10:e0124344.
83. Oikonomou MT, Arvanitis M, Sokolove RL. Mindfulness training for smoking cessation: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Health Psychol* 2017;22:1841-50.
84. Olson KL, Emery CF. Mindfulness and weight loss: a systematic review. *Psychosom Med* 2015; 77:59-67.
85. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:336-43.
86. Youngwanichsetha S, Phumdoung S, Ingkathawornwong T. The effects of mindfulness eating and yoga exercise on blood sugar levels of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Appl Nurs Res* 2014;27:227-30.
87. Nejati S, Zahiroddin A, Afrookhteh G, Rahmani S, Hoveida S. Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and diastolic blood pressures in patients with hypertension. *J Tehran Heart Cent* 2015;10: 140-8.
88. Younger JO, Gotink RA, Baena CP, Roos-Heslink JW, Hunink MM. Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2015; 22:1385-98.
89. Goodwin CL, Forman EM, Herbert JD, Butryn ML, Ledley GS. A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behav Modif* 2012;36:199-217.
90. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Psychosom Res* 2014;76:341-51.
91. Howie-Esquivel J, Lee J, Collier G, Mehling W, Fleischmann K. Yoga in heart failure patients: a pilot study. *J Card Fail* 2010;16:742-9.
92. Yeh GY, Chan CW, Wayne PM, Conboy L. The impact of tai chi exercise on self-efficacy, social support, and empowerment in heart failure: insights from a qualitative sub-study from a randomized controlled trial. *PLoS One* 2016;11: e0154678.
93. Yeh GY, McCarthy EP, Wayne PM, et al. Tai chi exercise in patients with chronic heart failure: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2011;171: 750-7.
94. Yeh GY, Wang C, Wayne PM, Phillips R. Tai chi exercise for patients with cardiovascular conditions and risk factors: a systematic review. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2009;29:152-60.
95. Barnes VA, Schneider RH, Alexander CN, Rainforth M, Staggers F, Salerno J. Impact of Transcendental Meditation on mortality in older African Americans with hypertension—eight-year follow-up. *J Soc Behav Pers* 2005;17:201-16.
96. Levine GN, Lange RA, Bairey-Merz CN, et al. Meditation and cardiovascular risk reduction: a scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc* 2017;6:e002218.
97. Seligman M, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005;60:410-21.
98. Moskowitz JT, Carrico AW, Duncan LG, et al. Randomized controlled trial of a positive affect intervention for people newly diagnosed with HIV. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:409-23.
99. Malouff JM, Schutte NS. Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis. *J Posit Psychol* 2016;1-11.

- 100.** Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013;13:119.
- 101.** DuBois CM, Millstein RA, Celano CM, Wexler DJ, Huffman JC. Feasibility and acceptability of a positive psychological intervention for patients with type 2 diabetes. *Prim Care Companion CNS Disord* 2016;18:1-7.
- 102.** Cohn MA, Pietrucha ME, Saslow LR, Hult JR, Moskowitz JT. An online positive affect skills intervention reduces depression in adults with type 2 diabetes. *J Posit Psychol* 2014;9:523-34.
- 103.** Boutin-Foster C, Offidani E, Kanna B, et al. Results from the Trial Using Motivational Interviewing, Positive Affect, and Self-Affirmation in African Americans with Hypertension (TRIUMPH). *Ethn Dis* 2016;26:51-60.
- 104.** Kahler CW, Spillane NS, Day AM, et al. Positive psychotherapy for smoking cessation: a pilot randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2015;17:1385-92.
- 105.** Burrows B, Wilund K, Cohn MA, Xu S, Moskowitz JT, Hernandez R. Internet-based positive psychological intervention for hemodialysis patients with comorbid depression: design and feasibility. Presented at: the American Society of Nephrology Congress; October 31-November 5, 2017; New Orleans, LA.
- 106.** Mohammadi N, Aghayousefi A, Nikrahan GR, et al. A randomized trial of an optimism training intervention in patients with heart disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2017;51:46-53.
- 107.** Huffman JC, Millstein RA, Mastromauro CA, et al. A positive psychology intervention for patients with an acute coronary syndrome: treatment development and proof-of-concept trial. *J Happiness Stud* 2016;17:1985-2006.
- 108.** Peterson JC, Charlson ME, Hoffman Z, et al. A randomized controlled trial of positive-affect induction to promote physical activity after percutaneous coronary intervention. *Arch Intern Med* 2012;172:329-36.
- 109.** Redwine LS, Henry BL, Pung MA, et al. Pilot randomized study of a gratitude journaling intervention on heart rate variability and inflammatory biomarkers in patients with stage B heart failure. *Psychosom Med* 2016;78:667-76.
- 110.** Nikrahan GR, Laferton JA, Asgari K, et al. Effects of positive psychology interventions on risk biomarkers in coronary patients: a randomized, wait-list controlled pilot trial. *Psychosomatics* 2016;57:359-68.
- 111.** Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, Breitbart W. Why is Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients. *Psychooncology* 2018;27:654-60.
- 112.** Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005;23:5520-5.
- 113.** Huffman JC, DuBois CM, Millstein RA, Celano CM, Wexler D. Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: rationale, theoretical model, and intervention development. *J Diabetes Res* 2015; 2015:428349.
- 114.** Griffiths K, Camic PM, Hutton JM. Participant experiences of a mindfulness-based cognitive therapy group for cardiac rehabilitation. *J Health Psychol* 2009;14:675-81.
- 115.** Joseph CL, Havstad SL, Johnson D, et al. Factors associated with nonresponse to a computer-tailored asthma management program for urban adolescents with asthma. *J Asthma* 2010;47:667-73.
- 116.** Scheier MF, Helgeson VS, Schulz R, et al. Moderators of interventions designed to enhance physical and psychological functioning among younger women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:5710-4.
- 117.** Celano CM, Albanese AM, Millstein RA, et al. Optimizing a positive psychology intervention to promote health behaviors following an acute coronary syndrome: the Positive Emotions after Acute Coronary Events-III (PEACE-III) randomized factorial trial. *Psychosom Med* 2018;80: 526-34.
- 118.** Seligman ME, Ernst RM, Gillham J, Reivich K, Linkins M. Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Rev Educ* 2009;35:293-311.
- 119.** Ruini C, Ottolini F, Tomba E, et al. School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:522-32.
- 120.** Friedman EM, Ruini C, Foy R, Jaros L, Sampson H, Ryff CD. Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging Ment Health* 2017;21:199-205.
- 121.** Hernandez R, Carnethon M, Penedo FJ, Martinez L, Boehm J, Schueller SM. Exploring well-being among US Hispanics/Latinos in a church-based institution: a qualitative study. *J Posit Psychol* 2016;11:511-21.
- 122.** Kivimaki M, Kawachi I. Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. *Curr Cardiol Rep* 2015;17:630.
- 123.** Workplace Health Playbook: Strategies for a Healthier Workforce. Dallas, TX: American Heart Association. Available at: www.heart.org/playbook. Accessed February 12, 2018.
- 124.** White MA. Why won't it stick? Positive psychology and positive education. *Psychol Well Being* 2016;6:2.
- 125.** Vie LL, Griffith KN, Scheier LM, Lester PB, Seligman ME. The person-event data environment: leveraging big data for studies of psychological strengths in soldiers. *Front Psychol* 2013;4:934.
- 126.** Di Fabio A. Positive healthy organizations: promoting well-being, meaningfulness, and sustainability in organizations. *Front Psychol* 2017;8: 1938.
- 127.** Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, et al. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation* 2013;127: 1730-53.
- 128.** Chicago Department of Public Health. Healthy Chicago, healthy hearts: a local response to the national forum updated public health action plan to prevent heart disease and stroke. Chicago DPH: Chicago, IL. Available at: www.cityofchicago.org/content/dam/city/depts/cdph/CDPH/CDPH_CardiovascularHealthBrochure_v4.pdf. Accessed July 10, 2018.
- 129.** Be There San Diego. Organizational approach to hypertension management using team-based care. Be There San Diego; San Diego, CA. Available at: www.betheresandiego.org/storage/files/BTS-DRECOMMENDATIONS-ALL.pdf. Accessed July 10, 2018.
- 130.** Robert Wood Johnson Foundation. Building a Culture of Health. RWJF; Princeton NJ. Available at: <https://www.rwjf.org/en/how-we-work/building-a-culture-of-health.html>. Accessed July 10, 2018.
- 131.** Rozanski A. Behavioral cardiology: current advances and future directions. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:100-10.
- 132.** Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005;45: 637-51.
- 133.** Seligman MEP. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being. New York, NY: Simon & Schuster, 2012.
- 134.** Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:1063-78.
- 135.** Kubzansky LD, Seeman TE, Glymour MM. Biological pathways linking social conditions and health: plausible mechanisms and emerging puzzles. In: Berkman L, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social Epidemiology: New Perspectives on Social Determinants of Global Population Health*. New York, NY: Oxford University Press, 2014.
- 136.** Pan A, Keum N, Okereke OI, et al. Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care* 2012;35:1171-80.

PALABRAS CLAVE enfermedad cardiovascular, salud cardiovascular, conductas de salud, optimismo, bienestar psicológico positivo