

Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva

Carmelo Vázquez¹, Gonzalo Hervás², Juan José Rahona³, Diego Gómez³

¹Catedrático de Psicopatología, ²Profesor Titular Interino, ³Licenciado en Psicología y estudiante de doctorado en Psicología Clínica Experimental

Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

La Psicología Positiva está permitiendo definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano y está incorporando de pleno derecho el estudio de elementos positivos (fortalezas, emociones positivas) que sin duda amplían el marco de investigación y actuación de la Psicología y, en particular, en la Psicología Clínica y de la Salud. El debate académico de los últimos años ha venido a reproducir desde una perspectiva científica dos antiguas orientaciones filosóficas: el hedonismo y la eudaimonia. Desde la perspectiva hedónica se entiende el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, mientras que desde la perspectiva eudaimónica se propone que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial. Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo posiblemente un incremento en la esperanza de vida. Para finalizar, se discuten las implicaciones de estos hallazgos tanto en un plano académico como, desde un punto de vista más amplio, a nivel social y político.

Palabras clave: Salud, Bienestar, Hedonismo, Eudaimonia, Afecto positivo

Recibido: 16 de noviembre de 2009

Aceptado: 10 de diciembre de 2009

INTRODUCCIÓN

Salud positiva y salud negativa: La perspectiva de la PP

Este artículo se publica en el Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. ¿Qué puede aportar la Psicología Positiva en estos ámbitos? Creemos que mucho. En primer lugar, esta visión de la Psicología está permitiendo definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano y está incorporando de pleno derecho el estudio de elementos positivos (fortalezas, emociones positivas) que sin duda amplían el marco de investigación y actuación de la Psicología (Vázquez & Hervás, 2008) y, en particular, como pretendemos mostrar sucintamente en este trabajo, de la Psicología Clínica y de la Salud.

Los esfuerzos por comprender el bienestar y sus causas no son nuevos sino algo que, a lo largo de la historia, siempre ha suscitado interés (McMahon, 2006). En cierto sentido, todas las intervenciones, médicas, psicológicas, pero también políticas, sociales o económicas tienen como uno de sus objetivos principales aumentar la calidad de vida de las personas (Vázquez, 2009b). De hecho, muchas

de las decisiones que tomamos cotidianamente, las efectuamos sopesando el nivel de felicidad que alcanzaremos nosotros o nuestros seres más queridos (Gilbert, 2006).

Sin embargo, por razones que tienen que ver con la sociología de la ciencia y con el propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, históricamente el foco de las intervenciones en áreas relacionadas con la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009a). En el ámbito de la Psicología, el énfasis en los estados psicológicos positivos, como factores protectores de la salud física y mental, y especialmente la relación existente entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades sólo se ha comenzado a estudiar en las últimas dos décadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). Más aún, si nos referimos al establecimiento de teorías y modelos positivos, salvando intentos excepcionales (p. ej.: Jahoda, 1958), éstos son en general bastante más recientes (Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Seligman, 2002), sobre todo, si los comparamos con el largo desarrollo histórico de los modelos explicativos de los trastornos mentales.

Como ha expuesto recientemente Salanova (2008), si se hace una breve revisión de la literatura científica publicada en los últimos cien años (desde 1907 hasta 2007) se han publicado 77.614 artículos

sobre 'estrés', 44.667 artículos sobre 'depresión', 24.814 sobre 'ansiedad' pero sólo 6.434 sobre 'bienestar'. En esta vasta y larga producción, el número de trabajos sobre 'felicidad' (1.159) o sobre 'disfrute' (304) es casi testimonial.

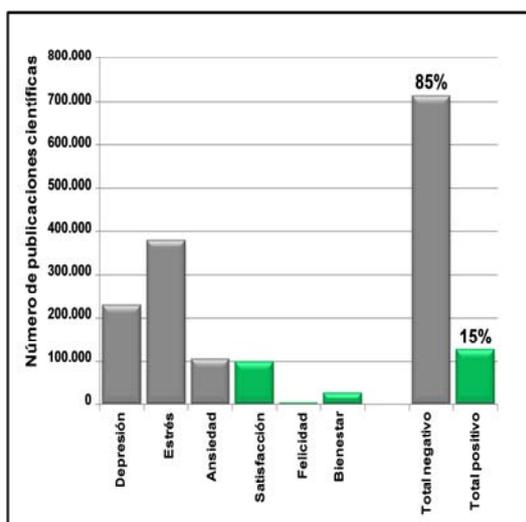


Figura 1. Resumen del número de publicaciones científicas en PubMed (hasta el 14.05.2009) asociadas a estados de ánimo negativos y positivos. (Términos usados: Depression, Stress, Anxiety y Satisfaction, Happiness, Well-Being)

Algo parecido ocurre en el ámbito de la Medicina. A pesar de que ésta se supone que opera tanto sobre la salud como la enfermedad, una revisión de los artículos médicos publicados sobre depresión, estrés, o ansiedad superan en una proporción de 6 a 1 los publicados sobre satisfacción, felicidad, o bienestar (ver Figura 1). Y si nos centramos en estudios específicos que analizan la relación entre estados de ánimo y síntomas fisiológicos, los estudios sobre estados de ánimo negativos (depresión, ira, etc.) son veinte veces más frecuentes que los que estudian estados emocionales positivos (Pressman & Cohen, 2005).

A pesar de este panorama, el foco tradicional en el síntoma y la enfermedad está paulatinamente cambiando hacia un concepto de salud cada vez más amplio que incluye aspectos del funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de enfermedad. Como hemos explicado con detalle en otro lugar (Hervás, Sánchez, & Vázquez, 2008), esta concepción más positiva de la salud se hizo explícita en los trabajos constitutivos de la OMS, que a finales de la II guerra mundial, en el preámbulo de sus primeros estatutos oficiales, afirmaba:

“la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía” (OMS, 1948).

Años más tarde, siguiendo la propuesta de la OMS, la Federación Mundial para la Salud Mental, definía la salud en 1962 como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”. De modo similar, en la declaración final de la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud, celebrada en Ottawa en 1986, se afirmaba que:

“la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un

concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Más recientemente, en un loable esfuerzo del gobierno escocés por incorporar elementos de Psicología Positiva a sus planes de prevención e intervención en el ámbito de la salud, definió recientemente la salud mental como (Myers, McCollam, & Woodhouse, 2005):

“la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás”.

La definición de la OMS en 1948 resultaba visionaria, aunque quizás utópica (Vázquez, 1990), puesto que en aquel tiempo no se disponía de instrumentos de medida adecuados ni de unos profesionales y ciudadanos que estuviesen concienciados y comprometidos con esta perspectiva renovadora de los conceptos de salud y enfermedad.

A este respecto, uno de los retos más urgentes que tenemos es el de operativizar, a diversos niveles (individual-comunitario, físico-mental, etc.), el concepto de salud positiva. La incorporación decidida de indicadores de salud positiva en el diseño de acciones preventivas y de intervención es de enorme importancia y supondrá un cambio de mirada decisivo. Incluso cuando se analizan los problemas de salud mental, se pueden usar, además de criterios de morbilidad (p. ej., prevalencia de personas con trastornos mentales, casos de suicidio, camas hospitalarias disponibles, etc.), indicadores de salud positiva. En este sentido, hay que valorar positivamente, por ejemplo, el intento de incluir indicadores positivos (se emplea un indicador de vitalidad extraído de la escala de funcionamiento del SF-30) en el plan del Ministerio de Sanidad español sobre salud mental (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007).

En el campo de la investigación sobre indicadores de la salud positiva, la propia OMS ha hecho un esfuerzo considerable para operativizar el concepto de calidad de vida y desarrollar instrumentos que permitan medirlo con suficiente precisión (WHOQOL Group, 1994). Desde la psicología, especialmente desde el movimiento de la psicología positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) aunque no sólo, cada vez son más los instrumentos orientados a medir aspectos relacionados con el bienestar, como la satisfacción con la vida, el bienestar emocional, las fortalezas psicológicas o las emociones positivas (Deaton, 2008; Diener, 2009; Ong & Van Dulmen, 2007).

Pero más allá de ampliar la definición de salud y de incorporar el estudio de factores positivos asociados a la salud y el bienestar, en las últimas dos décadas se comienza a poner de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos así como en los procesos de recuperación. La percepción de las personas sanas, marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, son una reserva y un motor de recursos que no sólo permiten a las personas afrontar

las dificultades diarias, sino que cobran especial importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia (Taylor et al., 2000). Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom & Glandon, 2007). Y lo que aún es más importante desde la perspectiva de la salud positiva, ese estado de bienestar va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social, y comunitario (Fredrickson, 2009).

Los factores psicológicos positivos pueden tener una relación tan robusta con la salud como los negativos. Sobre estos últimos hay una gran cantidad de datos acumulados durante años. Por ejemplo, las expectativas negativas están asociadas no sólo a una progresión más rápida hacia la muerte en pacientes diagnosticados de SIDA, sino también con una más rápida aparición de síntomas en aquellos pacientes que previamente se mostraban asintomáticos (Taylor et al., 2000). Pero, a la vez, nuevos estudios han empezado a demostrar que la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed, Kemeny, Taylor & Visscher, 1999; Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994; Taylor et al., 1992) y la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998) parecen ser factores protectores de la salud física.

Los observadores de la condición humana han sostenido durante largo tiempo que los estados positivos de la mente pueden conducir no solamente a una vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable. Con el desarrollo de procedimientos metodológicos rigurosos, incluyendo estudios longitudinales, los instrumentos de medida adecuados, y los mecanismos necesarios de control de las influencias biológicas y psicosociales, hoy en día es posible comprobar empíricamente la validez de estas ideas (Taylor et al., 2000).

Los componentes del bienestar: Hedonismo y eudaimonia

La popular definición de salud de la OMS hacía pivotar la idea de salud positiva en torno al concepto de bienestar. ¿Pero qué puede aportar la Psicología científica a la definición del bienestar? En los últimos años ha habido una eclosión de interés y estudios sobre el bienestar (Vázquez & Hervás, 2009) y se han desarrollado conceptos y medidas de enorme importancia para acotar el concepto de salud positiva.

Aunque desde una perspectiva subjetiva es relativamente sencillo identificar el propio nivel de bienestar o la felicidad, llegar a conclusiones más generales desde una perspectiva rigurosa se ha demostrado una tarea mucho más compleja (Ryan & Deci, 2001). El debate académico de los últimos años ha venido a reproducir, con aproximaciones científicas, dos antiguas orientaciones filosóficas. A la primera de estas perspectivas se le ha llamado generalmente *hedonismo* (Kahneman et al., 1999) y define el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. La segunda de las perspectivas, tan antigua y tan actual como la

perspectiva hedónica, propone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan & Deci, 2001) sino que se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta & Deci, 2008). Esta segunda perspectiva ha sido generalmente denominada *eudaimonia*.

El hedonismo ancla sus raíces en los filósofos griegos y es probablemente Epicuro su máximo representante (McMahon, 2006). La idea básica es que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer (aunque orientado al disfrute y las actividades nobles) y la felicidad sería en cierto sentido una suma de momentos placenteros. La filosofía hedónica tuvo continuidad en filósofos como Hobbes, Sade, o los filósofos del utilitarismo en los que se basó la nueva economía del S. XVIII. En el ámbito de la Psicología moderna, el concepto predominante entre los psicólogos hedónicos ha sido el de *bienestar subjetivo*, que incluye habitualmente dos elementos: el balance afectivo (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Aunque estos dos elementos (balance afectivo y satisfacción vital) suponen diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo, ya que la satisfacción vital es un juicio global de la propia vida, mientras que el balance afectivo hace referencia a la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros en la propia experiencia inmediata (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002), en definitiva, pueden entenderse como conceptos ligados a una perspectiva más hedónica (Vázquez, 2009a).

	Bienestar hedónico	Bienestar eudaimónico
Autores representativos	Epicuro, Hobbes, Sade, Bentham, Bradburn, Tennen, D. Watson, Kahneman	Aristóteles, Frankl, Ryff, Deci, Seligman
Conceptos básicos	Placer Afecto positivo/negativo Balance afectivo Emociones positivas Afecto neto Satisfacción vital	Virtudes Autorrealización Crecimiento psicológico Metas y necesidades Fortalezas psicológicas
Medidas características (ejemplos)	SWLS PANAS Muestreos de momentos emocionales	PWBS VIA

Tabla 1. Autores, conceptos y medidas básicas de las perspectivas hedónica y eudaimónica del bienestar psicológico

SWLS : Satisfaction with Life Scale (Diener et al, 1985)

PANAS: Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988)

PWBS: Psychological Well-being Scale (Ryff, 1989)

VIA: Values in Action Inventory of Strengths (Peterson & Seligman, 2003)

A pesar de la difusión y amplio uso de esta concepción del bienestar, otros investigadores han enfatizado una perspectiva complementaria, habitualmente denominada bienestar eudaimónico (véanse algunas características diferenciales de ambas perspectivas en la Tabla 1). En su *Ética a Nicómaco*, Aristóteles exhorta a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon*, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira y que dota de sentido a su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese *daimon* y hacer que se cumplan y logren las propias potencialidades se considera que darán lugar a un estado óptimo, la eudaimonia (Avia & Vázquez, 1998). La concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993).

Pero, ¿se puede evaluar esta perspectiva eudaimónica del bienestar humano o es más bien un elemento retórico de difícil medida? Carol Ryff, una de las autoras más importantes dentro de la perspectiva eudaimónica, ha argumentado que las medidas del bienestar han adolecido históricamente de una escasa base teórica y han olvidado importantes aspectos del funcionamiento positivo. Carol Ryff, proponiendo el término de *bienestar psicológico* para distinguir su concepción del *bienestar subjetivo* más propio de la concepción hedonista, ha intentado superar esas limitaciones definiendo el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1989, 1995). De esta forma, la felicidad o bienestar psicológico no sería el principal motivo de una persona sino más bien el resultado de una vida bien vivida (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998).

La propuesta de Ryff consiste en un modelo multidimensional de bienestar psicológico, ligado a un cuestionario para medirlo (Ryff, 1995) que presenta seis aspectos diferentes de un bienestar óptimo a nivel psicológico. Cada dimensión de bienestar psicológico supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995). De esta forma, las personas que presentan bienestar eudaimónico:

- a) se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (Autoaceptación),
- b) han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás (Relaciones positivas con los otros),
- c) dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (Control ambiental),
- d) han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (Autonomía),
- e) han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (Propósito en la vida) y, por último,
- f) mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (Crecimiento personal).

De modo semejante, la *teoría de la autodeterminación* (Ryan & Deci, 2000) también liga la idea de eudaimonia a la de autorrealización, como un aspecto central en la definición del bienestar. Esta teoría se basa en una de las premisas básicas del humanismo, que sostiene que el bienestar es fundamentalmente consecuencia de un

funcionamiento psicológico óptimo. La teoría de la autodeterminación afirma que el funcionamiento psicológico sano implica una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación), y además un sistema de metas congruente y coherente (Deci & Ryan, 2000). El primer elemento, la satisfacción de las necesidades básicas, consiste en mantener un equilibrio vital que permita una mínima satisfacción en cada una de las áreas de forma independiente. En cuanto al segundo componente, el modelo plantea que para desarrollar un bienestar eudaimónico cada persona debe establecer sus metas personales preferiblemente con arreglo a ciertos criterios. Por ejemplo, dichas metas deben ser mejor intrínsecas que extrínsecas; deben ser coherentes entre sí; y, por último, coherentes con los propios valores e intereses, así como con las necesidades psicológicas básicas (Vázquez & Hervás, 2008).

Como podemos observar, las necesidades psicológicas básicas propuestas por esta teoría coinciden casi exactamente con tres de las dimensiones del modelo de Ryff (autonomía, control ambiental y relaciones positivas con los otros) aunque a nivel conceptual existen diferencias entre los dos modelos (Lent, 2003).

Además, según la teoría de la autodeterminación, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas fomenta el bienestar subjetivo además del bienestar eudaimónico (Ryan & Deci, 2001). Este hecho, según ellos cierra el debate sobre una supuesta antítesis de ambos tipos de bienestar: Hedónico vs. Eudaimónico (Ryan, Huta, & Deci, 2008). En este sentido, ambos pueden considerarse diferentes “vías hacia la felicidad” (Seligman, 2003); la concepción eudaimónica se centra en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien, mientras que la concepción hedónica se centra en un resultado específico, concretamente en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, y una sensación global de satisfacción con la propia vida.

No obstante, la definición y medida del bienestar (hedónico o eudaimónico) está aún en sus comienzos. A pesar de los crecientes avances en investigación eudaimónica y de la importante aportación teórica y práctica al estudio del bienestar que suponen, hay autores que ponen en duda la posibilidad de trasladar, desde la filosofía hasta la psicología, los conceptos vinculados a la perspectiva eudaimónica (Biswas-Diener, Kashdan, & King, 2009).

Pero, a pesar de su complejidad, creemos que la vía de investigación abierta está siendo muy fértil y con una validez convergente cada vez mayor. Por ejemplo, el bienestar psicológico también se ha ligado a investigaciones relacionadas con el cerebro y con la denominada neurociencia afectiva (Davidson, 2003, 2004). Mayores niveles de bienestar psicológico, tanto hedónico como eudaimónico, parecen estar asociados a una activación asimétrica del córtex prefrontal (p. ej.: una mayor activación prefrontal izquierda que derecha) -Urry et al., 2004. Es interesante que, en este estudio, el bienestar eudaimónico reveló un nexo con la asimetría en el EEG que se mantenía después de controlar estadísticamente el papel del bienestar hedónico, algo

que no se mantuvo en sentido contrario: el bienestar hedónico dejó de estar asociado al patrón asimétrico cerebral tras ajustar la influencia del bienestar eudaimónico. En otro estudio, usando resonancia magnética funcional, van Reekum y sus colaboradores (2007) demostraron que las personas con un mayor bienestar eudaimónico tenían, ante estímulos aversivos, respuestas más lentas y una activación menor de la amígdala así como una mayor activación de la corteza cingulada ventral anterior. Esto último sugiere que determinadas partes del cerebro se pueden activar para minimizar el impacto de estímulos negativos y, en este sentido, sugiere un posible mecanismo por el cual el bienestar eudaimónico podría estar preservando y promoviendo el bienestar hedónico.

Salud y bienestar hedónico

En la última década ha habido una explosión de investigaciones científicas que han encontrado asociaciones específicas entre el nivel de emociones positivas y múltiples sistemas fisiológicos y niveles de salud, tanto percibida como objetivable en diversos parámetros.

Una cuestión previa interesante es si afecto positivo y afecto negativo son dos polos de un mismo continuo, o si, por el contrario, son dos dimensiones distintas e independientes entre sí. Si ambas formaran parte del mismo continuo, entonces la presencia de afecto positivo indicaría una ausencia de afecto negativo. Además, de ser así, no tendría sentido estudiar los efectos beneficiosos para la salud de las emociones positivas. Bastarían los estudios ya realizados que sistemáticamente relacionan la presencia elevada de emociones negativas con la propensión a desarrollar determinadas enfermedades (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Herbert & Cohen, 1993). Pero si, por el contrario, el afecto positivo y el afecto negativo fueran dos dimensiones relativamente independientes (Bradburn, 1969), como así se ha demostrado en numerosas ocasiones (Vázquez, 2009a), entonces sería adecuado e interesante estudiar los beneficios específicos que puede aportar a la salud la presencia de afecto positivo.

La relación entre afecto negativo y salud ha sido ampliamente estudiada desde el ámbito de la psiconeuroinmunología. Algunos de estos estudios han encontrado que las personas que presentan distrés o depresión tienen una peor respuesta inmune ante las vacunas. Por ejemplo, en un estudio reciente con la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) (Fang et al., 2008), se comprobó que de las mujeres vacunadas, aquellas que manifestaban tener unos niveles de estrés más elevados presentaron una respuesta inmune más débil ante el VPH. Las personas con mayor emocionalidad negativa son también más vulnerables al contagio con agentes infecciosos y más proclives a que se le reactiven virus latentes en el organismo (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Además, se ha encontrado que los estados emocionales negativos favorecen un incremento en la producción de citoquinas pro-inflamatorias (Kiecolt-Glaser et al., 2003; Lutgendorf et al., 1999), como la interleukina-6 (IL-6), que se ha relacionado con varias enfermedades vinculadas al envejecimiento, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes

tipo II, la artritis, la osteoporosis, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad periodontal y algunos tipos de cáncer (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

Todos estos hallazgos parecen indicar que las emociones negativas pueden debilitar la respuesta del sistema inmune, pero ¿pueden las emociones positivas potenciar la capacidad del sistema inmunológico? Uno de los mejores estudios que han intentado responder a esta cuestión lo llevaron a cabo Cohen, Alper, Doyle, Treanor & Turner (2006). En concreto, estos autores midieron durante dos semanas el estilo afectivo positivo y negativo de los participantes, además de otras variables sociodemográficas. Seguidamente, inocularon a los participantes en el estudio bien el Rhinovirus o bien el virus Influenza A y les observaron en un periodo de cuarentena (de 5 ó 6 días en función del tipo de virus). Encontraron una asociación entre afecto positivo y menores tasas de enfermedad. En concreto, los participantes que referían mayor emocionalidad positiva tenían una probabilidad casi tres veces menor de desarrollar una enfermedad del tracto respiratorio superior, controlando el efecto de otras variables como el tipo de virus, el índice de masa corporal, la edad, el nivel educativo, la estación del año o la emocionalidad negativa. Lo más impactante de este estudio es que el afecto positivo mostraba una mayor asociación con las tasas de enfermedad de la que mostraba el afecto negativo, y, cuando se empleaban ambas variables simultáneamente como predictoras, el afecto negativo dejaba de ser un predictor significativo de enfermedad.

Si bien este estudio es destacable por su diseño experimental y la rigurosidad de los controles, no es ni mucho menos único. Diversas investigaciones han mostrado que el afecto positivo podría estar relacionado con una mejor salud y una mayor longevidad. Por ejemplo, Ostir, Markides, Black & Goodwin (2000), en una investigación prospectiva de dos años de duración con más de dos mil personas entre 65 y 99 años, demostraron que la presencia de afecto positivo o bienestar emocional tiene un impacto diferente a la ausencia de depresión o afecto negativo, y que precisamente el afecto positivo parece proteger a los individuos del deterioro físico producido por la edad, afectando positivamente a su independencia funcional y a su esperanza de vida. Estos mismos investigadores han demostrado también la relación entre presencia de afecto positivo y disminución del riesgo de infarto de miocardio (tras un seguimiento de 3 años) y de apoplejía (pasados 6 años) -Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001.

Danner, Snowdon, & Friesen (2001), en su conocido estudio con participantes monjas (*The Nun Study*), encontraron evidencia de que el afecto positivo evaluado hacia los 20 años de edad podía predecir una mayor esperanza de vida 60 años después. Este estudio demostró una fuerte asociación entre el contenido emocional positivo en unos breves relatos autobiográficos escritos al entrar en la congregación religiosa y la longevidad evaluada seis décadas más tarde (cuando las participantes tenían entre 75 y 95 años de edad). En concreto, el grupo de religiosas con una mayor expresión de contenidos positivos en aquellos escritos vivieron 6.9 años más de media que quienes tenían una menor expresividad

emocional positiva.

Los estudios del grupo de Andrew Steptoe son relevantes en este apartado. Este grupo ha hallado que la afectividad positiva, medida mediante la suma de momentos de bienestar en un día laboral de las participantes (mujeres de mediana edad), estaba asociada a niveles más bajos de cortisol en saliva, una tasa cardíaca más baja, una menor presión sistólica y una menor respuesta fibrinógena al estrés (Steptoe, Wardle, & Marmot, 2005). En definitiva, indicadores de una buena salud física, independientemente de la edad, el estatus socioeconómico y el estado emocional negativo de estas mujeres. Además, también se ha encontrado, en un grupo de hombres de mediana edad sanos, que los que manifestaban un estado afectivo más positivo, evaluado mediante la suma del estado anímico en 4 momentos diferentes en 2 días laborables, tenían una menor respuesta inflamatoria (evaluada mediante concentraciones de fibrinógeno en plasma¹) y una menor tensión arterial cuando se exponen a tareas de estrés mental en condiciones de laboratorio (Steptoe, Gibson, Hamer, & Wardle, 2007).

Por su parte, la satisfacción vital, aunque es un indicador más general y con más componentes cognitivos que el afecto positivo, también ha sido vinculada a una mayor esperanza de vida. Koivumaa-Honkanen y sus colaboradores (2000) realizaron un estudio longitudinal de veinte años de duración con más de 22.000 personas sanas. Este estudio mostró que la satisfacción vital podía predecir la tasa de mortalidad de esta muestra, incluso controlando variables como la edad, el estado civil, la clase social, el consumo de tabaco y alcohol y la actividad física.

Cada vez parece más evidente, en definitiva, que el afecto positivo tiene un papel importante para la salud, aunque es aún pronto para establecer relaciones causales definitivas.

Pero el afecto positivo no sólo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad sino que parece facilitar la recuperación de la misma: las personas que presentan mayor afecto positivo tienen hasta casi tres veces más posibilidades de recuperación un año después de problemas de salud como un ataque cardíaco, una apoplejía o una fractura de cadera (Ostir et al, 2002).

Emociones positivas y salud: modelos propuestos

Pressman y Cohen (2005) proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos. El primero de ellos hace hincapié en el efecto directo que el afecto positivo tiene sobre el sistema fisiológico, como se representa en la figura 2.

Según este modelo, el afecto positivo favorece prácticas saludables como mejorar la calidad del sueño, hacer más ejercicio físico o llevar una dieta más equilibrada, que a su vez están relacionadas con una menor morbimortalidad. También actúa sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), generalmente reduciendo la tasa cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de epinefrina y norepinefrina

en sangre. Tiene influencia sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, puesto que la presencia de afecto positivo ha sido relacionada con menores niveles de cortisol en sangre (hormona relacionada con enfermedades autoinmunes e inflamatorias) y, en menor medida, con mayores niveles de oxitocina y de la hormona del crecimiento. Y además, favorece la presencia de opioides endógenos (endorfinas), tanto indirectamente (via actividad física) como de forma más directa mediante una activación emocional general (Gerra et al., 1996, 1998). Estas endorfinas disminuyen la actividad del SNA y del sistema endocrino (Drolet et al., 2001) y modifican la función inmune (McCarthy, Wetzel, Sliker, Eisenstein, & Rogers, 2001). Por otra parte, si bien es suficientemente conocido que el aislamiento y la presencia de redes sociales escasas o poco eficaces está relacionado con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (Cohen, 2004; Elliot & Humberson, 2004), comienza a haber evidencia de que el afecto positivo facilita la creación y mantenimiento de vínculos sociales, los cuales son protectores de un buen estado de salud. Más concretamente, aspectos como la reciprocidad social (es decir la percepción de que uno se ofrece a la red social pero también recibe recompensas de ellas) está ligado a un mejor estado de salud (Siegrist, 2005).

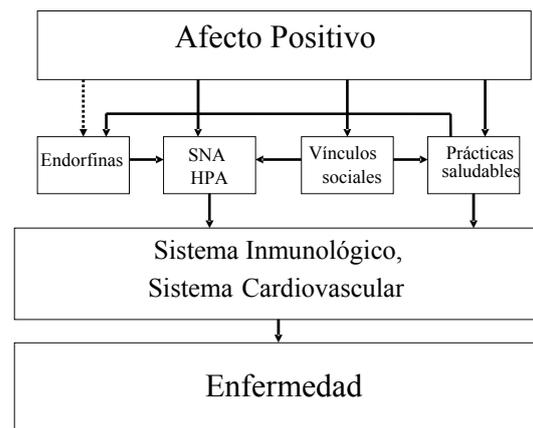


Figura 2. Modelo de influencia directa del afecto positivo en la salud. SNA: Sistema Nervioso Autónomo; HPA: Eje Hipotalámico-pituitario-adrenal. (Reproducido, con permiso, de Pressman & Cohen, 2005)

Es probable que las emociones positivas puedan tener un efecto directo en el organismo (Barak, 2006). De hecho, resultados de laboratorio sugieren que esto puede ser así. Algunos estudios han demostrado que diferentes tipos de estímulos agradables pueden tener un impacto psicobiológico diferente (Watanuki & Kim, 2005). Por ejemplo, hay un incremento de la actividad del córtex frontal izquierdo ante la presencia de olores agradables mientras que la presentación de estímulos verbales positivos produce incrementos en la secreción de inmunoglobulina-A (un típico parámetro de la actividad del sistema inmune) y una disminución del cortisol en saliva (un parámetro de la actividad del sistema hipotalámico-adrenocortical-pituitario, implicado en la discriminación de estímulos afectivos y expresión de emociones). Algunos estudios han mostrado también que el afecto positivo se asocia a determinados patrones de activación eléctrica cortical

¹ El fibrinógeno es una proteína responsable de la formación de fibrina por degradación, y asociada a un mayor riesgo de sufrir ataques cardíacos.

(Urry et al., 2004) y un buen estado de ánimo cotidiano está relacionado con niveles elevados de la función central serotoninérgica (Flory, Manuck, Matthews, & Muldoon, 2004), lo que a su vez puede ser importante por la relación de ésta con mayores valores de resistencia insulínica y presión arterial.

Desde hace años se sabe que la inducción de un estado de ánimo positivo (viendo una película humorística, por ejemplo) puede mejorar la respuesta inmediata del sistema inmune, evaluada mediante medidas de inmunoglobulina A en saliva (Dillon, Minchoff, & Baker, 1985).

El segundo modelo resalta la influencia que el estrés tiene sobre el sistema fisiológico. En este caso, el afecto positivo actúa como amortiguador del estrés, minimizando los efectos perniciosos del estrés sobre el organismo, como se representa en la figura 3.

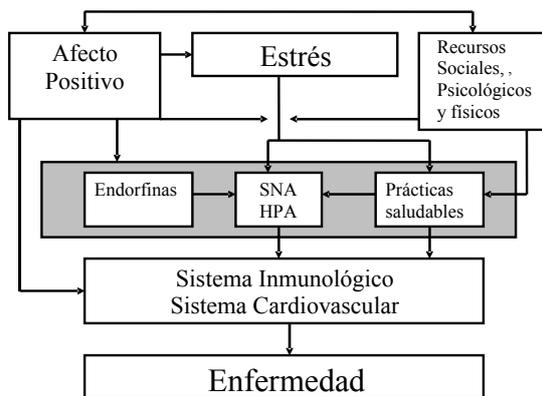


Figura 3. Modelo de influencia indirecta del afecto positivo en la salud. SNA: Sistema Nervioso Autónomo; HPA: Eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal. (Reproducido, con permiso, de Pressman & Cohen, 2005).

Según este segundo modelo, el afecto positivo tiene influencia a varios niveles en la respuesta ante el estrés. Por una parte, las personas que gozan de mayor afecto positivo no tienen tantos conflictos sociales, con lo que el número de estresores que tienen que manejar es menor. Además, cuando tienen que afrontar situaciones potencialmente estresantes, las personas con más afecto positivo tienen mejores redes sociales en las que poder apoyarse, así como estrategias de afrontamiento más efectivas, que les llevan además a una mayor sensación de ser capaces de afrontar los problemas. Asimismo, el afecto positivo facilita la normalización de las respuestas fisiológicas tras un suceso estresante (Fredrickson & Levenson, 1998).

Aunque la mayoría de los estudios sobre la influencia del afecto positivo en la salud indican que dicha afectividad positiva está relacionada con menor morbilidad, menor mortalidad, mejor calidad de vida y funcionamiento, menor número de síntomas, menor severidad del diagnóstico y mayor supervivencia, algunos estudios han encontrado una relación inversa, especialmente en personas con enfermedades graves. Este hallazgo puede ser explicado por el hecho de que las personas con mayor afecto positivo que padecen enfermedades graves a veces pueden subestimar el número de síntomas y tender a ser excesivamente optimistas con el pronóstico de su evolución, siguiendo con más laxitud las prescripciones médicas

(Derogatis, Abelloff, & Melisaratos, 1979; Devins et al., 1990).

Salud y bienestar eudaimónico

Respecto al bienestar eudaimónico, también existen datos crecientes sobre su asociación con indicadores biológicos relacionados con la salud y, sorprendentemente, se ha encontrado que este tipo de bienestar suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico (Vázquez & Castilla, 2007). Las razones de este fascinante hallazgo no son claras pero es posible que el bienestar eudaimónico esté relacionado con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo a través de búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste a las demandas del medio (ej.: dar sentido a la experiencia, buscar lo positivo de lo que nos sucede, efectuar ajustes de objetivos vitales, etc.) mientras que el bienestar hedónico, aunque importante subjetivamente, esté más relacionado con la satisfacción y disfrute de circunstancias inmediatas (ver Vázquez & Castilla, 2007). El grupo de la norteamericana Carol Ryff ha hallado algunos de los resultados más relevantes en este área. En muestras de mujeres mayores, han encontrado que aquéllas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal, y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular (menores tasas de hemoglobina glucosilada², menor peso corporal, menores ratios cintura-cadera, y tasas más elevadas de colesterol “bueno” (HDL) y una mejor regulación endocrina (menos cortisol en saliva a lo largo del día) –Ryff et al., 2006; Ryff, Singer, & Love, 2004. Este nexo entre menores tasas de cortisol y bienestar eudaimónico se ha comprobado también en otros estudios (p.ej.: Lindfors & Lundberg, 2002). Respecto a los factores inflamatorios, las personas con mejores relaciones con otros (bienestar interpersonal) y sensación de propósito en la vida muestran menores niveles de IL-6 y su receptor soluble (sIL-6r) (Friedman et al., 2005; Friedman, Hayney, Love, Singer, & Ryff, 2007).

Muchas de estas variables (presión sanguínea sistólica y diastólica, ancho de cintura, medidas de colesterol, hemoglobina, cortisol, epinefrina, norepinefrina) están relacionadas con la denominada “carga alostática³” (Ryff & Singer, 2002). Las investigaciones longitudinales sobre el envejecimiento han mostrado que alta carga alostática predice enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo, deterioro físico y mortalidad. Las mujeres tienen menor probabilidad de tener alta carga alostática, en comparación con los hombres, lo cual puede ser informativo puesto que las mujeres

² Una forma de hemoglobina (HbA1c) utilizada sobre todo para identificar el promedio de concentración de glucosa en plasma en periodos del tiempo prolongados. Se puede medir el nivel medio de glucosa en la sangre de un individuo respecto a un periodo de 2-3 meses previos a la prueba. Es un marcador relevante para problemas de diabetes y cardiovasculares.

³ La carga alostática se ha definido como el desgaste acumulativo de los diversos sistemas fisiológicos (sistema cardiovascular, sistema metabólico, eje hipotalámico-pituitario-adrenal, y sistema nervioso simpático).

presentan una esperanza de vida de 7 años mayor.

Un aspecto particularmente importante del papel del bienestar eudaimónico en la biología y la salud es que parece servir como un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009). Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que las mujeres mayores con una deficiente eficiencia en el dormir (i.e., tiempo total durmiendo dividido por tiempo total en la cama intentando dormir), mostraban mayores niveles de IL-6 (Friedman et al., 2005). Sin embargo, esta diferencia desaparecía en el subgrupo de mujeres con un buen nivel de bienestar interpersonal.

En la predicción de los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c), el grupo de Ryff ha hallado que las mujeres con menor nivel económico muestran incrementos en este parámetro a lo largo del tiempo (Tsenkova, Love, Singer, & Ryff, 2008) pero los resultados están moderados tanto por el papel de factores hedónicos (afecto positivo) como eudaimónicos (propósito en la vida y crecimiento personal). Pero un aspecto muy relevante del estudio es que en las participantes con mayores niveles de bienestar subjetivo, los niveles de HbA1c no diferían en función del nivel económico (ver también Tsenkova, Love, & Singer, 2007).

El papel del optimismo en la salud

El optimismo, de todos los rasgos positivos de personalidad, es quizá el más relevante para esta revisión ya que, además de estar asociado a un mayor bienestar, parece tener un importante papel en la salud física de los individuos (Avia & Vázquez, 1998). Numerosas investigaciones han mostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y con una mayor esperanza de vida. Por ejemplo, Peterson, Seligman, & Vaillant (1988) realizaron un análisis de escritos personales sobre situaciones vividas durante la II Guerra Mundial por un grupo de 99 licenciados de la Universidad de Harvard. Más de treinta años después, los optimistas tenían mejor salud y presentaron menos mortalidad que los pesimistas. Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord (2000, 2002) encontraron un resultado similar en una muestra de más de 700 pacientes de Medicina General que habían sido evaluados en una escala de Optimismo. Treinta años después, se demostró que no sólo los optimistas vivían más que el resto de participantes (reducción de un 50% del riesgo de muerte), sino que su tasa de supervivencia era significativamente mejor que la esperada en función de sus características sociodemográficas (edad, sexo, año de nacimiento). Además, percibían una mejor salud, física y mental, evaluada a través del cuestionario SF-36 (Short-Form Health Survey).

El optimismo parece tener una influencia sobre la resistencia a la enfermedad y la mejora de la salud pero ¿a través de qué mecanismo? De modo semejante a como comentábamos respecto a la influencia del afecto positivo en la salud, pueden distinguirse distintas vías de acción. En primer lugar, el optimismo, la esperanza y las expectativas positivas son elementos que pueden proteger la salud en situaciones que suponen un reto para el equilibrio

de los individuos (Vázquez & Castilla, 2007; Taylor et al., 2000) a través de vías directas. Por ejemplo, el organismo de los más optimistas genera ante situaciones de estrés unas respuestas de inmunocompetencia mejores que las de los pesimistas, tomando como indicador la actividad de las células NK (*natural killers*) -Sieber, Rodin, Larson, & Ortega (1992).

También parece que, en general, el optimismo se relaciona con un mejor estado del sistema inmunitario. Kamen-Siegel, Rodin, Seligman, & Dwyer (1991) demostraron, en un grupo de personas sanas entre 62 y 87 años, la relación entre un estilo de pensamiento optimista y una mejor respuesta del sistema inmunológico en un grupo de personas sanas, reflejado en una menor presencia de células supresoras T8. El optimismo está asociado con un mejor estado de ánimo, una mayor actividad citotóxica de células NK, y un mayor número de células T⁴ auxiliares (Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998). Incluso en estudios de mujeres con cáncer de mama el optimismo inicial (además de otras variables psicosociales como el hecho de tener una relación de pareja estable) es un predictor de calidad de vida años más tarde (Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss et al., 2005).

Más allá de la influencia sobre el sistema inmune, el optimismo parece prevenir enfermedades en dos sistemas básicos para la supervivencia: el respiratorio y el cardiaco. En un estudio prospectivo de 8 años de duración, Kubzansky y sus colaboradores (2002) examinaron los efectos del optimismo sobre la función pulmonar en un grupo de 670 hombres entre 45 y 89 años de edad: aquellos con un estilo atribucional más optimista tenían niveles mayores de función pulmonar y un declive más lento en esta función, independientemente del consumo de tabaco. En un estudio posterior se observó que, en un seguimiento de diez años, los optimistas presentaron la mitad de riesgo de padecer una enfermedad coronaria respecto a aquellos con altos niveles de pesimismo (Kubzansky, Sparrow, Boconas, & Kawachi, 2001).

En segundo lugar, una tendencia al optimismo puede afectar a la salud a través de los comportamientos que ejercen las personas ante los problemas vitales en general, y de salud en particular. Estos comportamientos, si son adecuados, pueden impedir la cronificación del estrés y la complicación de problemas físicos y/o psicológicos. En este sentido, el optimismo es muy relevante ya que parece favorecer un afrontamiento activo del estrés y de los problemas de salud, lo cual se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986). Por ejemplo, en el estudio desarrollado por Scheier y sus colaboradores (1989) en un grupo de pacientes sometidos a un *bypass* de la arteria coronaria, los más optimistas, evaluados antes de la intervención, no sólo hicieron planes más activos de rehabilitación sino que, seis meses más tarde, mostraron mejor recuperación y mejor calidad de vida (en cuanto a incorporación laboral y

⁴ Las células T auxiliares contribuyen junto con los leucocitos en procesos inmunológicos, tales como la estimulación de las células T citotóxicas o los macrófagos.

actividades de ocio, sociales y sexuales).

CONCLUSIONES

Todos los resultados aquí expuestos convergen en una idea: el bienestar no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica sino que tiene importantes implicaciones para la salud física. Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida.

La convergencia de los resultados no debería sugerir que la relación bienestar-salud es sencilla. Más bien al contrario, el bienestar parece fomentar la salud desde diferentes vértices y a través de distintas vías. En primer lugar, parece que tanto el afecto positivo como la satisfacción con la vida, así como varias de las dimensiones de bienestar eudaimónico propuestas por Ryff parecen predecir resultados positivos en relación a la salud. Y en segundo lugar, parece claro que las vías de acción del bienestar sobre la salud física son también múltiples. El bienestar parece tener una relación directa con determinados parámetros físicos protectores como los relacionados con la capacidad inmunitaria del individuo, pero también parece afectar por otras vías como son el aumento de las conductas saludables o de buen afrontamiento de los problemas de salud, así como por su capacidad amortiguadora del estrés.

Todos estos datos sugieren que la promoción del bienestar puede tener un importante efecto en términos de salud. En primer lugar, habría que tener en cuenta el elevado -y difícil de calcular- coste personal de una enfermedad y muerte prematura. En segundo lugar, tendríamos los costes sanitarios y otros costes indirectos como bajas médicas, falta de productividad, etc. Se podría concluir, en base a esta situación, que la promoción del bienestar puede ser, no sólo útil desde un punto de vista social y humano, sino probablemente también desde un plano económico (DeVol & Bedroussian, 2007).

La medida y la promoción del bienestar se convierte por tanto en un objetivo deseable a nivel social y político (Diener, Lucas, Schimmack & Helliwell, 2009; Vázquez, 2009b). Pero esto es aún más cierto en el caso de ciertos colectivos como, por ejemplo, las personas mayores, quienes fundamentalmente por razones culturales, tienen más dificultades para sentirse bien consigo mismos y con las actividades que realizan. Además, como demostró un estudio longitudinal que duró más de 20 años, las personas mayores con percepciones más positivas de su envejecimiento en la línea base (cuando tenían 50 años o más) vivieron más tiempo (una media de 7,6 años más) que los que presentaban percepciones más negativas sobre el propio proceso de hacerse anciano (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002). Por tanto, la promoción del bienestar en este tramo vital es especialmente necesaria.

Todos los resultados expuestos en este artículo también transmiten la importancia de atender al estado emocional -bienestar vs. malestar- desde los dispositivos de salud y desde los profesionales de la salud. Todos los datos mostrados sugieren que

fomentar las emociones positivas podría potenciar salud al mismo nivel que el mostrado por otras actividades como la actividad física, la buena alimentación o dejar de fumar (Vázquez, Hernangómez & Hervás, 2004). Sin embargo, es muy raro encontrar programas preventivos que potencien el bienestar y las emociones positivas, así como es muy difícil encontrar a profesionales de la salud que den respuesta al importante papel del bienestar y las emociones positivas como elemento vital saludable. La difusión de estos resultados en los ámbitos de formación de médicos, enfermeros/as, y otros profesionales puede ser una vía necesaria para transformar progresivamente la falta de atención a lo positivo actualmente existente en el ámbito sanitario en una mayor sensibilidad y mayores recursos para potenciarlos.

Pero más allá, las instituciones públicas deberían también ser más conscientes de la conexión mente-cuerpo y, específicamente, del papel del bienestar en la recuperación y la prevención de enfermedades. El diseño y aplicación de programas específicos de promoción del bienestar en diferentes tramos vitales, y el fomento de la investigación de esta conexión para enfermedades específicas, son sólo algunas de las posibilidades que las instituciones y los profesionales tienen para responder a la importancia de estos resultados.

Y por último, podría ser importante difundir estos resultados a nivel social para que, mejor antes que después, se extienda la idea de que mantener y aumentar el bienestar es una meta importante en momentos de buena salud, pero también cuando ésta se ve amenazada. Como decíamos, este elemento es crucial en las personas mayores pero también en otros tramos vitales en los cuales a menudo el mantenimiento del bienestar se ve relegado a un lugar secundario por efecto de una sobrevaloración de ciertas metas profesionales o de otro tipo.

Este artículo comenzaba reflexionando sobre cuál podría ser la aportación de la psicología positiva al ámbito de la salud y de la clínica. Como conclusión de la revisión que hemos efectuado, creemos que las contribuciones pueden ser fértiles y variadas en la medida en que esta aproximación psicológica:

1. Ha promovido cambios conceptuales importantes en la definición de salud positiva, anclándolos en una visión compleja del bienestar, que incluye componentes hedónicos y eudaimónicos (Vázquez, 2009a).
2. Está incorporando el análisis e investigación de emociones y cogniciones hasta ahora ignoradas por la Psicología científica (Fernández-Abascal, 2009) y de enorme interés en el campo de las intervenciones (Vázquez, Hervás, & Ho, 2008; Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Vázquez, Pérez-Sales, & Hervás, 2008).
3. Favorece la investigación del papel de emociones y cogniciones positivas en el origen y mantenimiento del bienestar físico y mental.
4. Redefine lo que se entiende por cambio terapéutico y "recuperación", empleando para ello una perspectiva más amplia e integradora que el uso tradicional de criterios de resultados basados en síntomas (Zimmerman et al., 2006; Vázquez & Nieto, en prensa).

5. Incorpora una perspectiva sobre la promoción del bienestar que es multidisciplinar y que implica tanto la esfera individual como la social e institucional (Seligman, 2003; Vázquez & Hervás, 2008).

En conclusión, si bien se ha recorrido un camino valioso, el futuro presenta numerosos retos que deberán ser abordados con objeto de perfilar muchas de las líneas de investigación sobre la relación entre bienestar y salud. Algunos de estos retos pertenecen a la comunidad científica, pero no debemos olvidar que otros pasos importantes corresponden a las instituciones públicas y a la sociedad en su conjunto.

REFERENCIAS

Almedom, A.M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma, 12*, 127-143.

Andrews, F.M., & Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well-being. En J.P. Robinson, P.R. Sharer & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp 61-114). San Diego: Academic Press.

Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436.

Avia, M.D., & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.

Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews, 5*, 523-527.

Biswas-Diener, R., Kashdan, T.B., & King, L.A. (2009). Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *Journal of Positive Psychology, 4*, 208-211.

Booth-Kewley, S., & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*, 343-362.

Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 979-986.

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

Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology, 24*(5), 508-516.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676-684.

Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., & Turner, R.B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine, 68*, 809-815.

Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 804-813.

Davidson, R.J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis. *Psychophysiology, 40*, 655-665.

Davidson, R.J. (2004). Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 359*, 1395-1411.

Deaton, A. (2008). Income, aging, health and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives, 22*, 53-72.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.

Derogatis, L.R., Abeloff, M.D., & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association, 242*, 1504-1508.

Devins, G.M., Mann, J., Mandin, H., Paul, L.C., Hons, R.B., Burgess, E.D., Taub, K., Schorr, S., Letourneau, R.N., & Buckle, S. (1990). Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 127-133.

DeVol, R., & Bedroussian, A. (2007). An unhealthy America: The economic burden of chronic disease. Retrieved on November 5th, 2009 from http://minority-health.pitt.edu/archive/00000851/01/ECONOMIC_BURDEN_OF_CHRONIC_DISEASE.pdf

Diener, E., (2009). (Ed.). *Assessing Well-Being. The collected works of Ed Diener*. Oxford, UK: Springer.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.

Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Dillon, K.M., Minchoff, B., & Baker, K. (1985). Positive emotional state and enhancement of the immune system. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 15*, 13-17.

Drolet, G., Dumont, E.C., Gosselin, I., Kinkead, R.,

- Laforest, S., & Trottier, J.F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 729–741.
- Elliott, S. & Umberson, D. (2004) Recent demographic trends in the us and implications for wellbeing. En J.L. Scott, J. Treas & M. Richards (eds.), *The Blackwell companion to the sociology of families*. Malden, MA: Blackwell.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007. Descargado el 12 de noviembre de 2009 en <http://www.msc.es/organizacion/sns>. Ministerio de Sanidad.
- Fang, C.Y., Miller, S.M., Bovbjerg, D.H., Bergman, C., Edelson, M.I., Rosenblum, N.G., Bove, B.A., Godwin, A.K., Campbell, D.E., & Douglas, S.D. (2008). Perceived stress is associated with impaired T-cell response to HPV16 in women with cervical dysplasia. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 87–96.
- Fernández-Abascal, E. (2009). (Ed.). *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Flory, J.D., Manuck, S.B., Matthews, K.A., & Muldoon, M.F. (2004). Serotonergic function in the central nervous system is associated with daily ratings of positive mood. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 11-19.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Fredrickson, B.L., & Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion*, 12, 191–220.
- Friedman, E.M., Hayney, M.S., Love, G.D., Singer, B.H., & Ryff, C.D. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26(3), 305-313.
- Friedman, E.M., Hayney, M.S., Love, G.D., Urry, H.L., Rosenkranz, M.A., Davidson, R.J., Singer, B.H., & Ryff, C.D. (2005). Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 18757-18762.
- Gerra, G., Fertomani, G., Zaimovic, A., Caccavari, R., Reali, N., Maestri, D., Avanzini, P., Monica, C., Delsignore, R., & Brambilla, F. (1996). Neuroendocrine responses to emotional arousal in normal women. *Neuropsychobiology*, 33, 173–181.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Franchini, D., Palladino, M., Giucastro, G., Reali, N., Maestri, D., Caccavari, R., Delsignore, R., & Brambilla, F. (1998). Neuroendocrine responses of healthy volunteers to “techno-music”: Relationships with personality traits and emotional state. *International Journal of Psychophysiology*, 28, 99–111.
- Gilbert, D.T. (2006). *Stumbling on happiness*. New York: Knopf.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243–251.
- Herbert, T.B., & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A metaanalytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472–486.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2008) Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada*. (pp. 41-71). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E., & Dawyer, C. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity. *Health Psychology*, 10, 229-235.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C.L.M., & Waterman, M.B. (2003). Dimensions of well-being and mental health. En M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes, & K. Moore (Eds.) *Adulthood, Well-Being: Positive Development Throughout the Life Course*, (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.R., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Preacher, K.J., MacCallum, R.C., Atkinson, C., Malarkey, W.B., & Glaser, R. (2003). Chronic stress and age related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 9090–9095.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 983-991.
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Kubzansky, L.D., Wright, R.J., Cohen, S., Weiss, S.T., Rosner, B., & Sparrow, D. (2002). Breathing

- Easy: A prospective study of optimism and pulmonary function in the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 345-353.
- Lent, R.W. (2003). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychological adjustment. *Journal of Counselling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functioning health. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 57B, P409-P417.
- Lindfors, P., & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health*, 18, 153-160.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E.M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lutgendorf, S.K., Garand, L., Buckwalter, K.C., Reimer, T.T., Hong, S., & Lubaroff, D.M. (1999). Life stress, mood disturbance, and elevated interleukin-6 in healthy older women. *Journals of Gerontology: Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, 54, M434-M439.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(2), 140-143.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2002). Optimism-Pessimism assessed in the 1960s and Self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(8), 748-753.
- McCarthy, L., Wetzel, M., Sliker, J.K., Eisenstein, T.K., & Rogers, T.J. (2001). Opioids, opioid receptors, and the immune response. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 111-123.
- McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad*. Madrid: Taurus.
- Myers, F., McCollam, A. y Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing Mental Health Inequalities in Scotland. Equal minds*. Edinburgh: Scottish Executive. Scottish Development Centre for Mental Health.
- Ong, A.D., & van Dulmen, M. (Eds.). (2007). *Handbook of methods in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Ostir, G.V., Goodwin, J.S., Markides, K.S., Ottenbacher, K.J., Balfour, J., Guralnik, J.M. (2002). Differential effects of pre-morbid physical and emotional health on recovery from acute illness. *Journal of the American Geriatric Society*, 50, 713-718.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Black, S., & Goodwin, J.S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 473-478.
- Ostir, G.V., Peek, M.K., Markides, K.S., & Goodwin, J.S. (2001). The association between emotional well being and future risk of myocardial infarction in older adults. *Primary Psychiatry*, 8, 34-38.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2003). *The Values in Action (VIA) classification of strengths*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., & Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Visscher, B.R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18, 354-363.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.-Y.J., & Visscher, B.R. (1994). "Realistic acceptance" as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E., Davidson, R.J., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of

- positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. En C.R. Snyder, & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp 541-554). London: Oxford University Press.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Salanova, M., (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva. En Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp 403-427). Bilbao: Desclée de Brower.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J., Magovern, G.J., Sr., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M.F.; Weintraub, J.K., & Carver, C.S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Scottish Executive (2005). *National programme for improving mental health and well-being addressing mental health inequalities in Scotland*. Edinburgo: Scottish Development Centre for Mental Health.
- Seegerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Sieber, W.J., Rodin, J., Larson, L., & Ortega, S. (1992). Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, Behavior and Immunity*, 6(2), 141-156.
- Siegrist, J. (2005) Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1033-1038.
- Stephoe, A., Gibson, E.L., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 56-64.
- Stephoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 6508-6512.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall L.G., Schneider, S.C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Tsenkova, V.K., Love, G.D., & Singer, B.H. (2007). Socioeconomic status and psychological well-being predict cross-time change in glycosylated hemoglobin in older women without diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 777-784.
- Tsenkova, V.K., Love, G.D., Singer, B.H., & Ryff, C.D. (2008). Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychology*, 27(2, Suppl), S163-S171.
- Urry, H.L., Nitschke, J.B., Dolski, I., Jackson, D.C., Dalton, K.M., Mueller, C.J., Rosenkranz, M.A., Ryff, C.D., Singer, B.H., Davidson, R.J. (2004). Making a life worth living: Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15(6), 367-372.
- van Reekum, C.M., Urry, H.L., Johnstone, T., Thuro, M.E., Frye, C.J., Jackson, C.A., Schaefer, H.S., Alexander, A.L., & Davidson, R.J. (2007). Individual differences in amygdala and ventromedial prefrontal cortex activity are associated with evaluation speed and psychological well-being. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 237-248.
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp 449-472). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009b). El bienestar de las naciones. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 103-141). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano & J.R. Cabo (Eds.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Panamericana.

Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brower.

Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.

Vázquez, C., & Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro et al. (Eds.), *Rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. En A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Watanuki S., & Kim Y.K. (2005). Physiological responses induced by pleasant stimuli. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 24, 135-138.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

World Health Organization (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization*. En Official records of the World Health Organization, nº 2, p. 100. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, November 1986. Geneva: WHO.

World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group). (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Posternak, M.A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163, 148-150.