

## Bienestar subjetivo o felicidad en atención primaria: una revisión narrativa

### Bem-estar subjetivo ou felicidade na atenção primária: uma revisão narrativa

*Subjective Well-being or Happiness in Primary Care:  
a Narrative Review*

Francisco J. Villalón López. \*

\* Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales y colaborador del Programa Estudios Sociales en Salud de Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Chile.

Recibido: 17-06-2019

Aceptado: 15-06-21

Correspondencia: Francisco J. Villalón López. Correo electrónico: villalon.fj@gmail.com

## Resumen

**Objetivo:** Revisar evidencia disponible sobre mediciones, asociaciones e intervenciones basadas en bienestar subjetivo en atención primaria en salud. **Método:** Se realizó una revisión narrativa con una estrategia de búsqueda amplia para abarcar diferentes definiciones, escalas e intervenciones de bienestar subjetivo o felicidad en atención primaria hasta noviembre de 2017. **Resultados:** La revisión arrojó 105 estudios luego de remover los duplicados, de los cuales 14 eran elegibles para análisis. Se encontraron mayormente estudios transversales con autoreporte, y 3 estudios clínicos. Se describe en estudios clínicos un programa orientado a bienestar y dos intervenciones de consejería y promoción del ejercicio. **Conclusiones:** A partir de estos resultados no se pueden realizar recomendaciones clínicas, lo que nos lleva a plantear la necesidad de su medición, evaluación de intervenciones y educación al personal.

Palabras clave: Bienestar subjetivo; Felicidad; Satisfacción de vida

## Resumo

**Objetivo:** Revisar as evidências disponíveis sobre medidas, associações e intervenções baseadas no bem-estar subjetivo na atenção primária à saúde. **Método:** Foi realizada uma revisão narrativa com uma estratégia de busca ampla para cobrir diferentes definições, escalas e intervenções de bem-estar subjetivo ou felicidade na atenção primária até novembro de 2017. **Resultados:** A revisão rendeu 105 estudos após a remoção de duplicatas, dos quais 14 eram elegíveis para análise. Houve principalmente estudos transversais com autorrelato e 3 estudos clínicos. Um programa orientado para o bem-estar e duas intervenções de aconselhamento e promoção de exercícios são descritos em estudos clínicos. **Conclusões:** Com base nesses resultados, não podem ser feitas recomendações clínicas, o que nos leva a considerar a necessidade de sua mensuração, avaliação de intervenções e educação de pessoal.

Palavras-chave: Bem-estar subjetivo; Felicidade; Satisfação de vida

## Abstract

**Objective:** To review the available evidence on measurements, associations and interventions based on subjective well-being in primary health care. **Method:** A narrative review was carried out with a broad search strategy to cover different definitions, scales and interventions of subjective well-being or happiness in primary care until November 2017. **Results:**

The literature search resulted in 105 studies after removing duplicates, 14 of which were eligible for analysis. We found mostly cross-sectional studies with self-report, and 3 clinical studies. A well-being oriented program and two counseling and promotion of physical exercise interventions are described in clinical studies. Conclusions: From these results, clinical recommendations cannot be made, which leads us to raise the need for their measurement, evaluation of interventions and staff education.

**Keywords:** Subjective well-being; Happiness; Life satisfaction

## Introducción

El bienestar subjetivo (BS) ha sido elemento de estudio científico en las últimas décadas en distintas áreas incluyendo salud,<sup>1-3</sup> políticas públicas e índices nacionales.<sup>4,5</sup> Destaca particularmente el efecto en la longevidad, aumentado de cuatro a 10 años aquellos con mayor puntuación.<sup>6</sup> La palabra felicidad, al tener distintos usos cotidianos<sup>7</sup> y diferencias histórico-culturales<sup>8,9</sup> resulta difícil su definición. De todas formas, se usa en dos sentidos amplios. Por un lado, un estado de la mente o “sentirse bien” y por el otro, una vida que es buena o “hacer bien”. Esto correspondería a aproximadamente a la diferencia de las teorías hedónicas y eudamónicas sobre felicidad.<sup>10</sup> Basado en la teoría eudamónica, se han propuesto diferentes modelos prescriptivos como bienestar psicológico o teorías de la autodeterminación, con multiplicidad de definiciones conceptuales y operacionales. Los intentos por diferenciar ambas teorías de forma empírica han sido inconsistentes.<sup>10</sup> Basado en la teoría hedónica, reconociendo la subjetividad y que la persona es la mayor autoridad sobre su propia felicidad, actualmente y en este trabajo se utiliza como definición concepto de bienestar subjetivo. Este se compone de una parte cognitiva, refiriendo a la satisfacción por la propia vida, y una parte afectiva, según los estados afectivos positivos y negativos experimentados, junto a una evaluación de satisfacción de diferentes dominios.

Desde un enfoque de salud, se han descrito beneficios tanto en salud mental como física. Revisiones previas han destacado el efecto del bienestar en morbilidad tanto en personas inicialmente sanas, como los que ya padecen de alguna enfermedad aunque en menor medida.<sup>11</sup> Dependiendo del constructo utilizado, a nivel físico se ha observado que los afectos positivos se asocian a una disminución en mortalidad, morbilidad y una mejora en salud auto reportada, incluso con mejora cualicuantitativas del sistema inmune.<sup>12</sup> Desde el constructo *bienestar subjetivo*, se reportan mejoría de índices como salud objetiva,<sup>13</sup> riesgo cardiovascular, diabetes entre otros índices de salud general. Destaca particularmente un aumento en la longevidad entre 4 a 10 años.<sup>6,11,14-16</sup> Desde la salud mental, se ha descrito que aquellos con mayores índices de bienestar tanto psicológico como social, presentan un patrón diferente con menor riesgo de ausentismo laboral o incidencia de depresión. Esto se mantiene independiente si está libre o no de enfermedad.<sup>17</sup> Esto es relevante considerando además la costo-efectividad de la prevención en salud mental<sup>18</sup>.

La atención primaria en salud (APS) es el principal lugar asistencial de la población, un eje de un sistema de salud sustentable<sup>19</sup> y un punto estratégico para iniciar intervenciones y mediciones de BS desde una perspectiva participativa e integrado con la comunidad. Anteriormente, se ha estudiado la integración de la salud mental en APS, particularmente con tratamiento de depresión con buenos resultados tanto de costo como efectividad.<sup>20,21</sup> Esto teniendo presente la alta prevalencia, y la morbilidad asociada.<sup>22</sup>

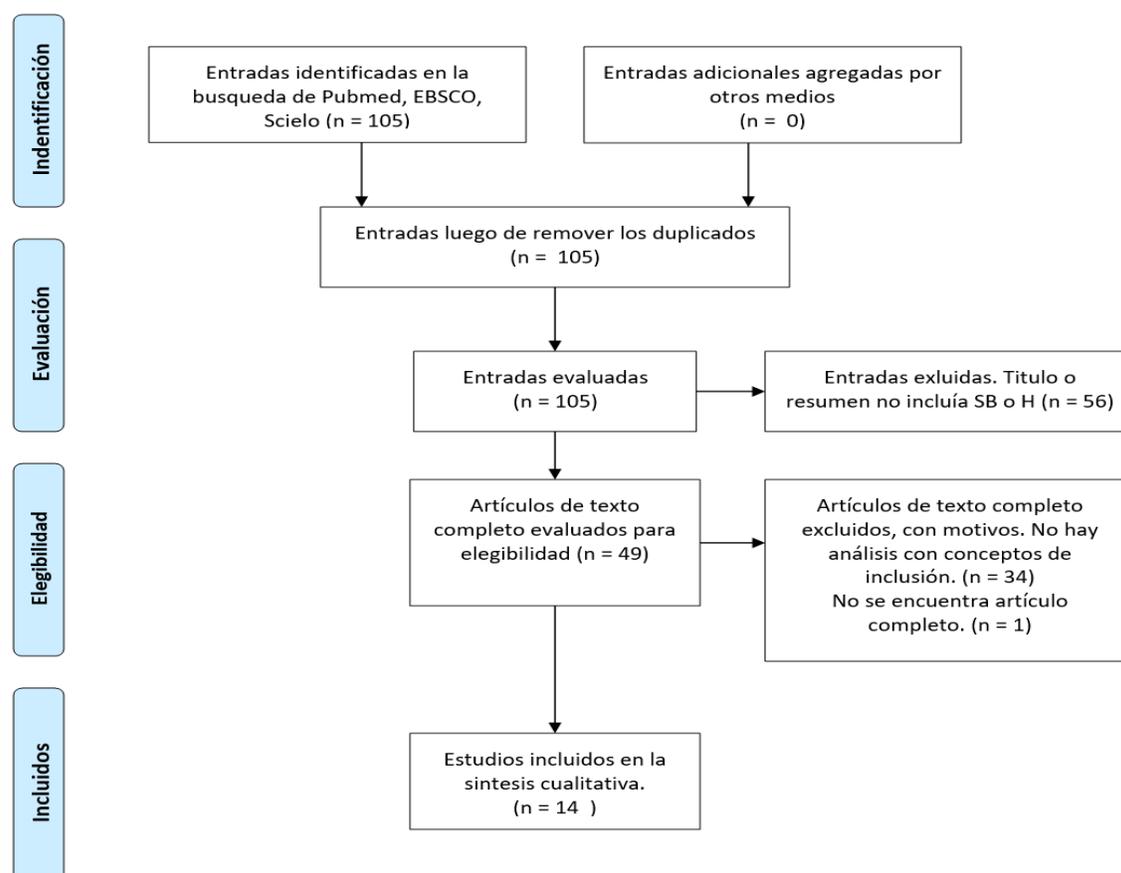
Considerando los beneficios asociados al *bienestar* y su aplicación en APS, un estudio piloto previo mostró el alto interés de profesionales de la salud en APS en Latinoamérica, identificando una brecha entre la creencia que la *felicidad* afecta la salud, pero es evaluada o considerada en menor medida para tomar decisiones, junto a un alto interés en aprender herramientas al respecto. (Datos sin publicar)

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión bibliográfica sobre *bienestar subjetivo o felicidad* en atención primaria de salud, de forma amplia incluyendo estudios de observacionales, prevalencia, asociación e intervención entre otros para evaluar herramientas aplicables o nuevos estudios.

## Método

Se realizó una revisión narrativa con una estrategia y selección de estudios amplia deliberadamente para incluir una variedad de tipos de estudio e interpretación del concepto de *felicidad* y bienestar subjetivo. Se revisaron estudios de antes de noviembre de 2017 en las bases de datos de Pubmed, EBSCO y Scielo. Se utilizó como criterio de búsqueda adaptado a cada buscador: ("subjective well-being" OR "subjective well being" OR "bienestar subjetivo" OR "happiness" OR "happiness" OR "felicidad") AND ("primary health care OR "atención primaria"). La búsqueda identificó aquellos estudios que, en el título, el resumen o el artículo incluyeran los términos felicidad o bienestar subjetivo en atención primaria en salud o la comunidad. Se incluyeron estudios, independiente del tipo, diseño, población, medida de felicidad o BS, resultados, objetivos o fechas de publicación. También se incluyó literatura gris, revisiones y artículos de base. Se restringieron al español e inglés. La revisión completa fue realizada por un solo evaluador entre abril a noviembre del 2017 en todas las bases de datos identificando en un primer paso un total de 49 estudios removiendo los duplicados. (Figura 1) En un segundo paso se revisaron títulos y resúmenes que incluyeran los criterios de inclusión, para luego la revisión del artículo completo y la extracción. Aquellos estudios que fallaban en incluir el concepto de felicidad o bienestar subjetivo o no estaban en contexto de atención primaria eran excluidos. Los artículos fueron evaluados y categorizados según tipo de estudio, variables evaluadas y resultados.

Fig.1 Proceso de selección de la búsqueda de bibliografía.



## Resultados

En esta revisión se incluyeron 15 estudios que cumplían los criterios de inclusión. De estos solo uno de los artículos no fue encontrado para revisión completa.<sup>23</sup> De los artículos revisados, ocho fueron estudios transversales,<sup>24-30</sup> cuatro fueron estudios clínicos,<sup>31-34</sup> una revisión crítica de bibliografía sobre bienestar entorno a su fundamento<sup>36</sup> y la experiencia en la implementación de un programa.<sup>36</sup>

En la tabla I se describe el tipo de estudio, país y población. En la tabla II se encuentra la descripción del tipo de intervención y comparador de los estudios clínicos. Uno de ellos es un protocolo en curso a la fecha de la revisión.<sup>31</sup> Sobre las encuestas validadas utilizadas para medición de bienestar son Pemberton Happiness Index,<sup>31</sup> Subjective Happiness Scale,<sup>26</sup> The Happiness Oxford Scale,<sup>25</sup> Life Satisfaction Scale,<sup>25</sup> Subjective Wellbeing scale,<sup>30</sup> Life Satisfaction Questionnaire<sup>24</sup> y Visual Analog Scale for Happiness.<sup>24</sup> Otras escalas son extractos de otras escalas o encuesta de un solo ítem. (Tabla. III)

**Tabla. I Artículos incluidos en la revisión clasificados según tipo de estudio. Se describen el número de la muestra, país, población, edad y criterios de inclusión.**

ARTÍCULO	ESTUDIO	N	PAIS	POBLACIÓN	EDAD	INCLUSION
Anderson, R. (2005)	RCT	874	EEUU	Adultos	35-75	Sedentarios, libre de enfermedad crónica seria, sin isquemia en test de esfuerzo.
Engberg, E. (2017)	RCT	168	EEUU	Adultos	N/E	Sedentarios, con 2 o más factores de riesgo cardiovascular.
Lambert D'raven, L. T. et al, (2015)	QE	124	España	Adultos	18 o más	Cualquiera derivado, sin depresión ni ideación.
Castro, A. et al, (2015)	RCT	240	España	Adultos	18 o más	Depresión leve o moderada o distimia
Angner, E. et al, (2009)	CS	383	EEUU	Adultos	50 o más	Usuario de antiinflamatorio
Hirsch, J. K. et al, (2009)	CS	1801	EEUU	Adultos	60 o más	Depresión o distimia
Llobet, M. P. et al, (2011).	CS	26	España	Adultos	75 o más	En programa de Cuidado de salud domiciliario
Ozcakir, A. et al, (2014)	CS	284	Turquía	Adultos	18 o más	Cualquiera que asiste al centro de APS
Atanes, A. (2015)	CS	450	Brasil	Adultos	N/E	Profesionales de salud en APS
Puig, M. et al, (2015)	CS	22	España	Adultos	75 o más	Cuidadores de adultos mayores con dependencia moderada por Escala de Barthel
Sagy, R. et al, (2016)	CS	147	Israel	Adultos	N/E	Cualquiera que visita al médico de familia
Berenzon Gorn, S. et al. (2014)	IC	17	México	Adultos	15 o más	Cualquiera que asista a centro regularmente
Merino Villeneuve, I. (2015)	E	-	España	Mixto	6-12 y padres	Problema de base emocional o sanos
Díaz Llanes, G. (2001).	NSR	-	N/A	N/A	N/A	N/A

**Tabla II. Características de los estudios experimentales o quasi experimentales.**

ARTÍCULO	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	TIEMPO EVALUACIÓN (MES)
Anderson, R. (2005)	1) Consejería ejercicio físico + Asesoría 2) Consejería ejercicio físico + Asesoría + Contacto telefónico + Clases conductuales	Consejería ejercicio físico	6,24
Engberg, E. (2017)	1) Consejo único 2) Consejo + 3 meses de ejercicio en grupo estructurado	C	3,12
Lambert D'raven, L. T. et al, (2015)	Programa 6 sesiones de mindfulness y psicología positiva.	N/A	3,6
Castro, A. et al, (2015)	Sesión presencial 90 min y 4 sesiones online 1) Estilo vida saludable + TAU 2) Afectos positivos + TAU 3) Mindfulness + TAU	TAU	6,12

Según el tipo de intervención, el grupo de comparación y el tiempo de seguimiento en meses. C: Grupo control, TAU: Tratamiento habitual, N/A: No Aplica.

**Tabla III. Tipo de instrumento de evaluación utilizado en cada estudio.**

ARTICULO	INTRUMENTO
Anderson, R. (2005)	HRQL
Engberg, E. (2017)	SD, SRH, SRW, PHQ-2
Lambert D'raven, L. T. et al, (2015)	SF12v2
Castro, A. et al, (2015)	PHQ-9, SF-12, CSRI, EQ-5D, PANAS, FFMQ, PHI
Angner, E. et al, (2009)	SD, SHS, SI-HS, EA
Hirsch, J. K. et al, (2009)	SD, SCID, EA, SF-12*, NEO-PI-R*, MMSE*, HSCL*
Llobet, M. P. et al, (2011).	Entrevista
Ozcakir, A. et al, (2014)	SD, OHQ, SWL, DASS-42
Atanes, A. (2015)	SD, MAAS, PSS, SWS
Puig, M. et al, (2015)	TZ, Entrevista semi-estructurada.
Sagy, R. et al, (2016)	SD, NVM, CIRS, SWLS, GDS, VAS-H
Berenzon Gorn, S. et al. (2014)	Observaciones, Entrevista semi-estructurada

Escalas con \* están modificadas o extraen preguntas de la original. HRQL: Health-related quality of life. (Estrés percibido, calidad de vida, depresión y salud general. Satisfacción con funcionalidad, apariencia, autoeficacia y apoyo social.), PSS: Perceived Stress Scale, SD: Sociodemográficos, SRH: Self-rated health, SRW: Self-rated well-being, PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2, SF12v2: The health related quality of life assessment tool, PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, SF-12: Short form 12 item Health Survey, CSRI: Client Service Receipt Inventory, EQ-5D: EuroQoL-5D, PANAS: Positive and negative affect scale, FFMQ: Five Facet Of Mindfulness Questionnaire, PHI: Pemberton Happiness Index, SHS: Subjective Happiness Scale, SI-HR: Single item health self-report, SCID: Structure clinical interview for DSM-IV (Depresión o distimia), EA: Enfermedades autoreportadas (elaboración propia), ESM: Entrevista de preguntas de screening de trastorno de ansiedad, trastorno de pánico o estrés post traumático, NEO-PI-R: NEO Personality Inventory—Revised, MMSE: Mini-Mental Status Examination, HSCL: Hopkins Symptoms Checklist, OHQ: The Happiness Oxford Scale, SWL: Life Satisfaction Scale, DASS-42: Depression, Anxiety and Stress Scale 42, MAAS: Mindful Attention Awareness Scale, SWS: Subjective Well-being Scale, NVM: Número de visitas al medico, TZ: Test de Zarit, CIRS: Cumulative Illness Rating Scale, SWLS: Life satisfaction questionnaire, GDS: Geriatric Depression Scale Yesavage, VAS-H: Visual Analog Scale for Happiness

Tabla IV. Resultado expuesto en cada estudio.

ARTÍCULO	RESULTADOS
Anderson, R. (2005)	1- Reducción de estrés percibido diario, 2- Mejora satisfacción con función del cuerpo.
Engberg, E. (2017)	1- Mejora SRH 0,024, 2- SRW 0,014 sin diferencia en consejo o consejo más ejercicio, 3- Reducción PHQ-2 depresión en grupo A de 14% y B de 16%.
Lambert D'raven, L. T. et al, (2015)	1- Riesgo de depresión baja de 67% a 26% a los 6 meses, 2- Mejora de 6 áreas del SF12v2 al inicio y a los 6 meses, y 5 a los 3 meses.
Angner, E. et al, (2009)	1- Correlación $R = .373$ entre felicidad y salud, 2- Sin relación entre número de comorbilidad y felicidad, 3- Cuartil de menor puntaje en felicidad. OR 1,99 -65 años, OR 3,16 pobreza y OR 2 baja escolaridad.
Hirsch, J. K. et al, (2009)	1- Felicidad: Moderador de enfermedad médica y estrés por ideación suicida. $T = -2,28$ , 2- Felicidad y estrés por ideación suicida OR = 0,8, 3- Ideación suicida asociado a ansiedad OR = 1,72, neuroticismo OR = 1,09 y severidad OR = 1,39. Sin interacción entre enfermedad y felicidad.
Llobet, M. P. et al, (2011).	1- 76,9% refiere satisfacción vital relacionado con salud, familia y relaciones sociales junto con la habilidad de adaptación.
Ozcakir, A. et al, (2014)	1- Muestra puntúa moderado en felicidad y satisfacción con la vida, anormal en ansiedad, normal en depresión y estrés, 2- Quienes tuvieron depresión hace 1 año, tienen puntajes más bajos OHQ y SWL, 3- Correlación positiva entre OHQ y SWL, 4- Correlación negativa entre OHQ, DASS 42, 5- Análisis de regresión múltiple. Variables sociodemográficas explican 18% de OHQ y 11% de SWL. 6- Agregando DASS-42, dueño y enfermedades crónica aumenta a 56% para OHQ y 40% SWL
Atanes, A. (2015)	1- MAAS, menor en FP $B = -20,1$ , RN $V = -9,9$ , 2- PS mayor en RN $B = 5,5$ y CHW $B = 4$ y FP $B = 3,2$ , 3- SWL, más bajo CHW $B = -7,9$ , 4- Más de 1 año, vs menos de 6 meses, peor PAS, NAS, SWL y mayor PSS. $B = -9, 5,3, -5$ y $4,8$ ), 6- Correlación negativa entre MASS y PSS $r = -0,54$ , 7- Correlación positiva con SWL PAS, SL, $r = 0,45$ y $0,38$ y negativa NAS $r = 0,46$
Puig, M. et al, (2015)	1- 45% refiere calidad de vida regular y 50% buena, 2- 77% están muy o bastante satisfechos con su calidad de vida, 3- 72,7 está bastante feliz y 13,7% muy feliz, 4- 95% no tiene salidas sociales. 100% refiere que necesita más tiempo libre, 5- 81% tienen sentimientos positivos por el cuidado, 6- Ninguno tuvo puntaje alto en TZ de sobrecarga.
Sagy, R. et al, (2016)	1- Correlación positiva SWLS y VAS-H $r = .59$ , 2- Correlación inversa VAS-H y GDS $r = -.77$ , 3- Correlación positiva entre número de visitas y GDS, CIRS, cantidad de medicamentos. R.2, $r = .67$ , $r = .55$ , 4- sin relación en NVM, SWLS y VAS-H, 5- Correlación inversa entre medicamentos y VAS-H, $r = -.24$
Berenzon Gorn, S. et al. (2014)	1- Se manifiestan intranquilas, nerviosas, irritables, desesperadas con cambios de humor, 2- Conocimiento del repertorio de servicios del centro y atención informal de enfermeras y trabajador social., 3- Necesidad de especialistas de salud mental, información sobre cuidado, depresión, violencia entre otros y espacios privados.

Escalas con \* están modificadas o extraen preguntas de la original. HRQL: Health-related quality of life. (Estrés percibido, calidad de vida, depresión y salud general. Satisfacción con funcionalidad, apariencia, autoeficacia y apoyo social.), PSS: Perceived Stress Scale, SD: Sociodemográficos, SRH: Self-rated health, SRW: Self-rated well-being, PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2, SF12v2: The health related quality of life assessment tool, PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, SF-12: Short form 12 item Health Survey, CSRI: Client Service Receipt Inventory, EQ-5D: EuroQoL-5D, PANAS: Positive and negative affect scale, FFMQ: Five Facet Of Mindfulness Questionnaire, PHI: Pemberton Happiness Index, SHS: Subjective Happiness Scale, SI-HR: Single item health self-report, SCID: Structure clinical interview for DSM-IV (Depresión o distimia), EA: Enfermedades autoreportadas (elaboración propia), ESM: Entrevista de preguntas de screening de trastorno de ansiedad, trastorno de pánico o estrés post traumático, NEO-PI-R: NEO Personality Inventory—Revised, MMSE: Mini-Mental Status Examination, HSCL: Hopkins Symptoms Checklist, OHQ: The Happiness Oxford Scale, SWL: Life Satisfaction Scale, DASS-42: Depression, Anxiety and Stress Scale 42, MAAS: Mindful Attention Awareness Scale, SWS: Subjective Well-being Scale, NMV: Número de visitas al medico, TZ: Test de Zarit, CIRS: Cumulative Illness Rating Scale, SWLS: Life satisfaction questionnaire, GDS: Geriatric Depression Scale Yesavage, VAS-H: Visual Analog Scale for Happiness.

Dada la heterogeneidad de las poblaciones, tipo de estudios y mediciones no es posible realizar análisis cuantitativo de los resultados. Destaca que tres de ellos son sobre adultos mayores, relacionando menores índices de bienestar con mayor pobreza, peor salud auto reportada, más dolor y mayor incontinencia urinaria.<sup>26</sup> Además, se reporta que las enfermedades médicas crónicas aumentan la probabilidad de ideación suicida y el bienestar lo atenúa.<sup>27</sup> Al evaluar el marco teórico utilizado en los estudios destaca aquellos que lo abordan desde el concepto de felicidad hacen referencia al florecimiento,<sup>32</sup> intervenciones de psicología positiva,<sup>32</sup> componente de satisfacción por la vida,<sup>26</sup> sinónimo de satisfacción con la vida,<sup>24</sup> marco amplio de bienestar de varios conceptos positivos,<sup>25</sup> como bienestar subjetivo.<sup>24,27,36</sup> Aquellos que abordan inicialmente desde el bienestar subjetivo, no se refieren a felicidad<sup>30,35</sup> o refieren que es un sinónimo.<sup>25</sup> También lo abordan como satisfacción con la vida relacionada con la salud.<sup>34</sup> Otros no reportan el marco utilizado con claridad<sup>25,34,35,37</sup> o lo enfocan desde la calidad de vida o malestar.<sup>29,38</sup>

## Discusión

Esta revisión presenta una visión general del estado actual de la investigación en bienestar subjetivo en atención primaria, pudiéndose clasificar los resultados en estudios clínicos y transversales. Los estudios clínicos encontrados evalúan la efectividad de la consejería y promoción de ejercicio físico en el bienestar subjetivo. También se encuentra un programa de intervenciones de psicología positiva y mindfulness también sería efectivo.

De los estudios transversales destaca en las poblaciones estudiadas de diferentes edades y países, una relación leve entre bienestar y variables demográficas como edad y nivel socioeconómico. Además, se destaca una relación inversa entre las enfermedades médicas, número de medicamentos, cuadros previos de depresión, puntuación mayor en encuesta de depresión y bienestar. También se relaciona un efecto moderador del bienestar y suicidio, del malestar y consumo de atenciones en APS, además de identificar las relaciones como un factor relevante en el bienestar. Un estudio explora en los profesionales de la salud destacando por un lado el rasgo de atención mindful correlacionado negativamente con el estrés percibido y por otro, los años de servicio relacionado negativamente con estrés percibido y bienestar.

### *Fortalezas y debilidades del estudio*

Este estudio es el primero que revisa la bibliografía disponible sobre bienestar y felicidad en atención primaria de salud. Además, es un estudio exploratorio amplio que permite una primera aproximación considerando los distintos tipos, diseños y resultados, abarcando diferentes conceptualizaciones del concepto. Hay que considerar como limitante que la revisión fue realizada por una sola persona, sin realizar inscripción previa a los registros prospectivos internacionales de revisiones sistemáticas. También, los resultados pueden estar sesgados por utilizar solo tres bases de datos y que haya quedado literatura fuera de los criterios de búsqueda. Dada la heterogeneidad de las definiciones y estudios encontrados no se puede realizar una extrapolación ni recomendaciones de estos. Por último, es importante destacar la calidad de los estudios.

Este estudio identifica una asociación entre salud física, mental, variable sociodemográficas y bienestar en personas atendidas en APS. Revisiones previas han destacado el efecto del bienestar tanto en morbilidad como en la longevidad en personas inicialmente sanas, y en menor medida aquellos que ya padecen de alguna enfermedad.<sup>11</sup> También se ha descrito una retroalimentación positiva entre las personas que puntúan mayor bienestar y mejor salud, más hábitos saludables, mejores relaciones, que a su vez proporcionan mayor bienestar.<sup>14</sup> Esto sería un factor protector o pronóstico, por lo que sería relevante su evaluación clínica, por ejemplo en episodios depresivos.<sup>25,37</sup> También podría ser relevante en la cantidad de atenciones en APS.<sup>24</sup> De esta relación surge la pregunta si las intervenciones intencionadas que pueden aumentar el BS, puedan mejorar otros indicadores. La evidencia destaca efectos similares en estudios experimentales evocando estados afectivos positivos, aunque no se puede atribuir este cambio a largo plazo.<sup>39</sup> Cabe destacar que el ---

programa de seis semanas encontrado combina intervenciones basadas en mindfulness (IBM) e intervenciones de psicología positiva (IPP). En este aspecto hay que considerar el tipo de intervención utilizada, ya que el caso de las IBM tienen un sustento reconocido de sus beneficios en diferentes aspectos,<sup>40,41</sup> incluso solo en APS,<sup>42</sup> a diferencia de las IPP.<sup>43</sup> Otro punto destacable es la heterogeneidad de escalas usadas, incluso algunas no validadas, lo que impide comparar o extrapolar resultados. También hay que considerar los marcos teóricos de su utilización, que en algunos son poco claros o ausentes. Esto es relevante ya que se describen diferencias entre bienestar subjetivo y bienestar psicológico, e incluso entre las categorías de bienestar afectivo o cognitivo según el marco temporal utilizado. En ese aspecto, los centros de APS como ejes centrales de la atención, promoción y prevención de la mayor parte de la población, es un punto estratégico para iniciar actividades al respecto y generar conocimiento desde una perspectiva participativa e integrado con la comunidad. Sobre esto hay que considerar el alto interés reportado por los profesionales de APS sobre el BS, y la necesidad de aprender herramientas al respecto.<sup>23</sup>

Este estudio permite una primera aproximación, que esperamos que sea el punto de partida para un marco conceptual más robusto, reconocer los indicadores clave con sus respectivas relaciones con variables relevantes para atención primaria y realizar intervenciones que promuevan el bienestar. De nuestros resultados no se pueden realizar recomendaciones clínicas por el momento. Con base en estos resultados, se propone a futuro definir un marco de bienestar en APS, con indicadores y mediciones que permitan homologar y extrapolar resultados. Además, ampliar la búsqueda en más buscadores realizando una revisión sistemática siguiendo guía y registro correspondiente. También realizar estudios clínicos randomizados con grupo control, para evaluar programas con intervenciones para aumentar bienestar subjetivo incluyendo otros indicadores clínicamente relevantes de patologías específicas y replicar los programas existentes para validación externa.

### Conclusión

No obstante, la relevancia de la felicidad o bienestar subjetivo en salud y el interés de los profesionales, encontré escasa bibliografía relacionada con atención primaria en salud, lo que lleva a plantear la importancia de visualizar el bienestar subjetivo mediante escalas de medición, evaluación de programas y educación al personal. De estos resultados no se pueden realizar recomendaciones clínicas.

### Agradecimientos:

Báltica Cabieses, PhD, por su revisión a versiones anteriores del manuscrito.

### Referencias

1. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999;125(2):276-302.
2. Seligman MEP. Positive Health. *Appl Psychol.* 2008;57:3-18.
3. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol.* 2000;55(1):5-14.
4. Ezechieli E. Beyond sustainable development: Education for gross national happiness in Bhutan. Stanford University Stanford, CA; 2003.
5. Ura K, Alkire S, Zangmo T, Wangdi K, editores. An extensive analysis of GNH index. Thimphu: Centre for Bhutan Studies; 2012. 213 p.
6. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity: HEALTH BENEFITS OF HAPPINESS. *Appl Psychol Health Well-Being.* marzo de 2011;3(1):1-43.
7. Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editores. Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology. Russell Sage Foundation; 1999
8. Eid M, Larsen RJ, editores. The science of subjective well-being. New York: Guilford Press; 2008. 546 p.
9. Diener E, Helliwell JF, Kahneman D, editores. International differences in well-being. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2010. 489 p. (Series in positive psychology).

10. Diener E, Oishi S, Tay L. Handbook of Well-Being. Salt Lake City: DEF Publishers; 2018.
11. Boehm JK. Living Healthier and Longer Lives: Subjective Well-Being's Association with Better Health. En: Handbook of well-being. 2018.
12. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? Psychol Bull. noviembre de 2005;131(6):925-71.
13. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. Health Psychol Rev. 1 de marzo de 2007;1(1):83-136.
14. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? Psychol Bull. 2005;131(6):803-55.
15. Veenhoven R. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. J Happiness Stud. 2008;9(3):449-69.
16. DuBois CM, Lopez OV, Beale EE, Healy BC, Boehm JK, Huffman JC. Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: a systematic review. Int J Cardiol. 15 de septiembre de 2015;195:265-80.
17. Keyes CLM. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. J Consult Clin Psychol. 2005;73(3):539-48.
18. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case [Internet]. 2011 [citado 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.pssru.ac.uk/>
19. White F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. Med Princ Pract. febrero de 2015;24(2):103-16.
20. McGough PM, Bauer AM, Collins L, Dugdale DC. Integrating Behavioral Health into Primary Care. Popul Health Manag. 1 de abril de 2016;19(2):81-7.
21. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. Br J Psychiatry J Ment Sci. octubre de 2006;189:297-308.
22. Departamento de Salud Pública E de MPUC de C, Ministerio de Salud de Chile S de SaP. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile. 2008;
23. Maxwell M, McCollam A, Halliday E. How do we treat unhappiness? The potential for supported self-help in primary care settings. Ment Health Today Brighton Engl. marzo de 2005;26-8.
24. Sagy R, Amitai M, Weizman A, Aizenberg D. Levels of depression and satisfaction with life as indicators of health services consumption. Int J Psychiatry Clin Pract. noviembre de 2016;20(4):245-8.
25. Ozcakir A, Oflu Dogan F, Cakir YT, Bayram N, Bilgel N. Subjective well-being among primary health care patients. PloS One. 2014;9(12):e114496.
26. Angner E, Ray MN, Saag KG, Allison JJ. Health and happiness among older adults: a community-based study. J Health Psychol. mayo de 2009;14(4):503-12.
27. Hirsch JK, Duberstein PR, Unützer J. Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: mitigating role of happiness. Int J Geriatr Psychiatry. julio de 2009;24(7):671-9.
28. Llobet MP, Ávila NR, Farràs Farràs J, Canut MTL. Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. Rev Lat Am Enfermagem. junio de 2011;19(3):467-75.
29. Puig M, Rodríguez N, Lluch-Canut MT, Moreno C, Roldán J, Montesó P. Qualidade de vida e carga sobre cuidadores informais de idosos dependentes na Catalunha. Rev Port Enferm Saúde Ment. diciembre de 2015;(14):9-14.
30. Atanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. BMC Complement Altern Med [Internet]. diciembre de 2015 [citado 21 de noviembre de 2017];15(1). Disponible en: <http://bmccomplementalternmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-015-0823-0>
31. Castro A, García-Palacios A, García-Campayo J, Mayoral F, Botella C, García-Herrera JM, et al. Efficacy of low-intensity psychological intervention applied by ICTs for the treatment of depression in primary care: a controlled trial. BMC Psychiatry. 7 de mayo de 2015;15:106.
32. Lambert D'raven LT, Moliver N, Thompson D. Happiness intervention decreases pain and depression, boosts happiness among primary care patients. Prim Health Care Res Dev. abril de 2015;16(2):114-26.
33. Engberg E, Liira H, Kukkonen-Harjula K, From S, Kautiainen H, Pitkälä K, et al. The effects of health counseling and exercise training on self-rated health and well-being in middle-aged men: a randomized trial. J Sports Med Phys Fitness. junio de 2017;57(6):916-22.

34. Anderson RT, King A, Stewart AL, Camacho F, Rejeski WJ. Physical activity counseling in primary care and patient well-being: Do patients benefit? *Ann Behav Med.* 1 de octubre de 2005;30(2):146-54.
35. Díaz Llanes G. El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Rev Cuba Med Gen Integral.* diciembre de 2001;17(6):572-9.
36. Merino Villeneuve I. Una nueva «vacuna»: la del autoconocimiento: autoconocimiento a través de la neurociencia, la inteligencia emocional y el mindfulness. *Pediatría Aten Primaria.* diciembre de 2015;17(68):e289-93.
37. Hirsch JK, Duberstein PR, Unützer J. Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: mitigating role of happiness. *Int J Geriatr Psychiatry.* julio de 2009;24(7):671-9.
38. Berenzon Gorn S, Galván Reyes J, Saavedra Solano N, Bernal Pérez P, Mellor-Crummey L, Tiburcio Saíñz M. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Explor Emot Distress Women Who Attend Prim Health Care Units Mex City Qual Study.* 7 de agosto de 2014;37(4):313-9.
39. Neve J-ED. The Objective Benefits of Subjective Well-Being. *World Happiness Rep* 2013. 2013;36.
40. Goldberg S, Tucker R, Greene P, J. Davidson R, Wampold B, J. Kearney D, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1 de noviembre de 2017;59.
41. Carrière K, Khoury B, Günak MM, Knäuper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for weight loss. *Obes Rev.* febrero de 2018;19(2):164-77.
42. Demarzo MMP, Montero-Marin J, Cuijpers P, Zabaleta-del-Olmo E, Mahtani KR, Vellinga A, et al. The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. *Ann Fam Med.* noviembre de 2015;13(6):573-82.
43. 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(1):119.