



TESIS DOCTORAL

2017

**ENCUENTRO DE BENEFICIO Y RECURSOS
PSICOSOCIALES COMO PREDICTORES
DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN
PACIENTES CARDIACOS**

**CRISTINA GARCÍA ZAMORA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PROGRAMA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PILAR SANJUÁN SUÁREZ

A mi madre, por su ternura y fortaleza

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los pacientes cardíacos de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de la Paz-Cantoblanco su participación en este estudio. Sin su colaboración desinteresada no hubiera sido posible iniciarlo y llevarlo a cabo. También agradezco a todo el personal de dicha unidad las facilidades brindadas, y en concreto a la Dra. Almudena Castro, especialista en Cardiología, sin cuya colaboración no habría sido posible la selección de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Quiero agradecer especialmente a Henar Arranz, que además de su rol de fisioterapeuta en la unidad, ejerció su profesión de psicóloga encargándose de la recogida de datos psicológicos. Así mismo, agradezco a la fisioterapeuta Andrea Araujosu inestimable colaboración para la recogida de los datos clínicos de los pacientes. También, quiero agradecer a mi directora de tesis, la Dra. Pilar Sanjuán Suarez, por su infinita paciencia y dedicación en las revisiones de esta tesis. De igual modo, me gustaría dar las gracias a la Sociedad española de Psicología Positiva (SEPP) por su extraordinaria labor en la divulgación científica del bienestar.

INDICE

PRESENTACIÓN	13
PARTE I: REVISIÓN TEÓRICA	17
1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO	19
1.1. Factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares	22
1.2. Resumen	34
2. ENCUENTRO DE BENEFICIO, CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y RESILIENCIA	37
2.1. Resiliencia	38
2.1.1. <i>Clasificación del concepto de resiliencia</i>	38
2.1.2. <i>Resiliencia en las etapas del desarrollo</i>	45
2.2. Encuentro de beneficio o crecimiento postraumático	51
2.2.1. <i>Esferas de cambio de encuentro de beneficio o crecimiento postraumático</i>	52
2.2.2. <i>Relación entre encuentro de beneficio o crecimiento postraumático y resiliencia</i>	54
2.2.3. <i>Factores cognitivos que intervienen en encuentro de beneficio o crecimiento postraumático</i>	56
2.2.4. <i>Diferencias entre encuentro de beneficio y crecimiento postraumático</i>	64
2.2.5. <i>Factores que favorecen el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático</i>	71
2.2.6. <i>Encuentro de beneficio y salud</i>	74
2.2.7. <i>Encuentro de beneficio en pacientes cardiacos</i>	76
2.3. Resumen	79
3. RECURSOS PSICOSOCIALES	83
3.1. Estrategias de afrontamiento	84
3.1.1. <i>Proceso de afrontamiento</i>	85

3.1.2. <i>Enfoques en la conceptualización del afrontamiento</i>	87
3.1.3. <i>Clasificación de las estrategias de afrontamiento</i>	89
3.1.4. <i>Estrategias de afrontamiento y salud</i>	95
3.1.5. <i>Estrategias de afrontamiento en pacientes cardiacos</i>	99
3.2. Apoyo social	104
3.2.1. <i>Aproximaciones teóricas</i>	105
3.2.2. <i>Apoyo social y salud</i>	108
3.2.3. <i>Apoyo social en pacientes cardiacos</i>	112
3.2.4. <i>Mecanismos explicativos que vinculan el apoyo social y enfermedad cardiovascular</i>	114
3.3. Autoeficacia	121
3.3.1. <i>Autoeficacia y salud</i>	124
3.3.2. <i>Autoeficacia en pacientes cardiacos</i>	129
3.4. Recursos psicosociales y encuentro de beneficio	131
3.5. Resumen	139
4. BIENESTAR	143
4.1. Bienestar y encuentro de beneficio o crecimiento postraumático	151
4.1.1. <i>Bienestar y encuentro de beneficio en pacientes cardiacos</i>	157
4.2. Bienestar y recursos psicosociales	160
4.3. Bienestar y salud	166
4.4. Bienestar en pacientes cardiacos	171
4.5. Resumen	173
PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO	177
1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	179
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	193

3. MÉTODO	195
3.1. Participantes y procedimiento	195
3.2. Medidas	197
3.2.1. <i>Escala de Encuentro de Beneficio</i>	198
3.2.2. <i>Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida</i>	198
3.2.3. <i>Escala Reducida del COPE-Abreviada</i>	199
3.2.4. <i>Escalas de Autoeficacia General</i>	200
3.2.5. <i>Escalas de Afecto Positivo y Negativo</i>	201
3.2.6. <i>Subescala de Síntomas Depresivos del Listado de los 90 Síntomas Revisado</i>	202
3.2.7. <i>Capacidad Funcional</i>	203
3.3. Análisis estadísticos	203
4. RESULTADOS	207
4.1. Análisis preliminares	207
4.1.1. <i>Fiabilidad de los cuestionarios</i>	207
4.1.2. <i>Estadísticos descriptivos de las variables analizadas</i>	208
4.1.3. <i>Correlaciones de las variables sociodemográficas y clínicas con las variables psicológicas</i>	208
4.1.4. <i>Análisis de las diferencias entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2</i>	212
4.2. Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de encuentro de beneficio	213
4.3. Análisis de las relaciones entre encuentro de beneficio, recursos psicosociales y bienestar emocional	221
4.4. Análisis de la contribución conjunta de encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia	224
4.5. Análisis sobre la dirección de las relaciones entre encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia	233
5. DISCUSIÓN	235

5.1. Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio para pacientes cardíacos	235
5.2. Relaciones entre encuentro de beneficio, recursos psicosociales y bienestar emocional	238
5.3. Contribución conjunta de encuentro de beneficio y recursos psicosociales al bienestar emocional	245
5.4. Dirección de las relaciones entre encuentro de beneficio y recursos psicosociales	249
5.5. Aportaciones y limitaciones del estudio	251
5.6. Propuestas para investigaciones futuras	254
6. CONCLUSIONES	257
REFERENCIAS	263
ANEXO I: Consentimiento informado	311
ANEXO II: Cuadernillo de recogida de datos	315

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas de los pacientes</i>	197
Tabla 2. <i>Coefficientes alpha de las escalas empleadas en el estudio</i>	207
Tabla 3. <i>Estadísticos descriptivos de las variables analizadas</i>	208
Tabla 4. <i>Correlaciones de las variables clínicas y sociodemográficas con las psicológicas en el Tiempo 1 (n=153)</i>	209
Tabla 5. <i>Correlaciones de las variables clínicas y sociodemográficas con las psicológicas en el Tiempo 2 (n=96)</i>	210
Tabla 6. <i>Estadísticos descriptivos y resultados de los análisis de varianza (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) (n=96)</i>	213
Tabla 7. <i>Resultados del análisis factorial exploratorio realizado con los ítems de la versión Española de la Escala de Encuentro de Beneficio (n=153)</i>	216
Tabla 8. <i>Correlaciones entre las diferentes puntuaciones de la versión Española de la Escala de Encuentro de Beneficio y coeficientes de fiabilidad de las subescalas (n=153)</i>	217

Tabla 9. <i>Resultados del análisis factorial exploratorio realizado con los ítems de la versión Española de la Escala de Encuentro de Beneficio con un único factor (n=153)</i>	218
Tabla 10. <i>Estadísticos descriptivos, correlaciones test-retest y resultados de los análisis de varianza (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) (n=96)</i>	219
Tabla 11. <i>Correlaciones parciales de las diferentes puntuaciones de la Escala de Encuentro de Beneficio con medidas de afecto y recursos psicosociales (n=153)</i>	220
Tabla 12. <i>Correlaciones parciales entre recursos psicosociales y medidas de bienestar emocional en el Tiempo 1 (n=153)</i>	222
Tabla 13. <i>Correlaciones parciales de encuentro de beneficio y recursos psicosociales con medidas de bienestar emocional en el Tiempo 2 (n=96)</i>	223
Tabla 14. <i>Correlaciones parciales entre encuentro de beneficio y recursos psicosociales en el Tiempo 2 (n=96)</i>	224
Tabla 15. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Positivo en el Tiempo 1 (n=153)</i>	225
Tabla 16. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Negativo en el Tiempo 1 (n=153)</i>	226
Tabla 17. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir los Síntomas Depresivos en el Tiempo 1 (n=153)</i>	227
Tabla 18. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Positivo en el Tiempo 2 (n=96)</i>	228
Tabla 19. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Negativo en el Tiempo 2 (n=96)</i>	229
Tabla 20. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir los Síntomas Depresivos en el Tiempo 2 (n=96)</i>	230
Tabla 21. <i>Resumen de resultados significativos o marginalmente significativos de los análisis de regresión para predecir el Bienestar Emocional</i>	232
Tabla 22. <i>Resultados del análisis de regresión para predecir el Encuentro de Beneficio en el Tiempo 2 (n=96)</i>	233
Tabla 23. <i>Resultados de los diferentes análisis de regresión para predecir el Afrontamiento Efectivo, el Apoyo Social y la Autoeficacia del Tiempo 2 (n=96)</i>	234

PRESENTACIÓN

Las cardiopatías isquémicas son la causa de muerte más frecuente en los países industrializados, siendo responsables de alrededor del 13% de las muertes a nivel mundial, lo que supone 7 millones de muertes cada año según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). En Europa se estiman cuatro millones de fallecimientos al año por enfermedades cardiovasculares, dos de los cuales se deben a las enfermedades coronarias (Nichols, Townsend, Scarborough y Rayner, 2013), lo que supone un 20% de todas las muertes. Esto conlleva un coste total estimado de la enfermedad cardiovascular en Europa de 196.000 millones de euros anuales, aproximadamente el 54% de la inversión total en salud, y da lugar a un 24% de las pérdidas en productividad (Ferreira-González, 2014). En España, la cardiopatía isquémica ocasiona el 10% de las muertes en mujeres y alrededor del 12% en varones (Boix, Aragonés y Medrano, 2003).

El tabaquismo, la hipertensión, la obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia son los factores que tradicionalmente se han asociado al desarrollo y progresión de la cardiopatía isquémica (Yusuf et al., 2004; Cordero et al., 2015; Ferreira-González, 2014). Sin embargo, estos factores no pueden explicar la totalidad de los casos, y la investigación ha mostrado que ciertos factores psicosociales juegan un rol importante en la génesis y/o el pronóstico de los trastornos cardiacos, entre los que destacamos la ansiedad (Tully, Cosh y Baumeister, 2014), la depresión (Moser et al., 2010), la hostilidad (Chida y Hamer, 2008; Chida y Steptoe, 2009), el estrés (Kubzansky, Koenen, Jones y Eaton, 2009; Zen, Whooley, Zhao y Cohen, 2012) y la ausencia de apoyo social (Maunder, Nolan, Park, James y Newton, 2015).

En las últimas décadas se ha comenzado a estudiar la relación existente entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). Dentro de estos factores

protectores, los que han recibido mayor atención por la comunidad científica por su contribución al bienestar y la salud son el apoyo social, las estrategias de afrontamiento efectivas y la autoeficacia. De igual modo, se ha observado que el afecto positivo predice la enfermedad cardiaca, constituyendo un importante factor protector del riesgo coronario (Davidson, Mostofsky y Whang, 2010). En este sentido, diversas investigaciones han mostrado que el afecto positivo podría estar relacionado con una mejor salud y una mayor longevidad, en estos pacientes (Davidson et al., 2010; Ostir, Markides, Peek y Goodwin, 2001).

En los últimos años se ha puesto el foco en un constructo denominado crecimiento postraumático o encuentro de beneficio, que se define como el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado de un proceso cognitivo, de lucha interior, que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999).

En líneas generales, las diferentes investigaciones han encontrado una relación positiva entre encuentro de beneficio y bienestar emocional, una mejor adaptación al entorno y una menor sintomatología depresiva y ansiógena (Affleck y Tennen, 1996; Thambyrajah, Herold, Altman, Llewellyn, 2010).

Por este motivo, la presente disertación se dedicará al estudio del encuentro de beneficio y las relaciones que mantiene con medidas de bienestar emocional (afecto positivo y negativo y síntomas depresivos), así como con recursos psicológicos vinculados con el bienestar como son las estrategias de afrontamiento efectivas, el apoyo social y la autoeficacia, en una muestra de pacientes que acababan de tener un primer episodio cardiaco.

En la primera parte de la tesis se expondrán las bases teóricas de los diferentes constructos estudiados, mientras que en la segunda parte se incluirán los resultados obtenidos en el estudio empírico llevado a cabo.

PARTE I: REVISIÓN TEÓRICA

1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo (OMS, 2007). Dentro de las enfermedades cardiovasculares, las cardiopatías isquémicas, entre las que se incluyen infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita o paro cardíaco y la insuficiencia coronaria, son la causa de muerte más frecuente en los países industrializados, siendo responsable de alrededor del 13% de las muertes, a nivel mundial, lo que supone 7 millones de muertes cada año (OMS, 2014). La cardiopatía isquémica se produce como resultado de la incapacidad de las arterias coronarias para suministrar oxígeno necesario al músculo cardíaco, dificultando así, su funcionamiento.

Aunque la tasa de mortalidad por ECV ha descendido en las últimas tres décadas, en los países desarrollados el número total de fallecimientos debidos a cardiopatía isquémica asciende, debido probablemente al progresivo envejecimiento de la población. Se estima que cada año la enfermedad cardiovascular causa, en total, unos cuatro millones de fallecimientos en Europa, dos de los cuales se deben a las enfermedades coronarias (Nichols et al., 2013), lo que supone un 20% de todas las muertes. Esto conlleva un coste total estimado de la enfermedad cardiovascular en Europa de 196.000 millones de euros anuales, aproximadamente el 54% de la inversión total en salud, y da lugar a un 24% de las pérdidas en productividad (Ferreira-González, 2014).

Actualmente en España, dentro de las ECV, la cardiopatía isquémica ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares (31% en total, con un 40% en varones y un 24% en mujeres). Dentro de estas, la rúbrica del infarto agudo de miocardio es la más frecuente, con un 64% de los casos, siendo del 67% en varones y de 60% en mujeres (Marrugat, Elosúa y Martí, 2002).

En relación al número total de muertes en España, la cardiopatía isquémica ocasiona el 10% de las muertes en mujeres y alrededor del 12% en varones (Boix et al., 2003). La proporción de muertes por cardiopatía isquémica en España, a pesar de ser la causa de muerte más frecuente en varones y la tercera en mujeres, no alcanza la de otros países industrializados, especialmente entre los 35 y los 64 años, la edad más estudiada en los análisis internacionales. Sin embargo, se prevé, que en las próximas décadas el número absoluto de casos de cardiopatía isquémica aumente en España, debido al envejecimiento poblacional. No obstante, paradójicamente, la prevalencia de los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la cardiopatía isquémica son mayores que en otros países, lo cual no explica la menor incidencia de infarto de miocardio que se observa en España. Es muy posible que otros factores poco conocidos actúen protegiendo a nuestra población de este tipo de enfermedades crónicas (Marrugat, Medrano y Tresserras, 2001).

La literatura científica demuestra que los factores psicológicos pueden jugar un papel crucial en la producción de resultados cardiovasculares adversos (Chida y Steptoe, 2009; Newman et al., 2011). La mayoría de las investigaciones realizadas en este sentido, se ha centrado en el análisis de la relación entre estados de ánimo y síntomas fisiológicos. Los estudios centrados en el efecto de los estados de ánimo negativos son veinte veces más frecuentes que los que estudian estados emocionales positivos (Pressman y Cohen, 2005).

La relación entre el afecto negativo y la salud ha sido ampliamente estudiada desde el ámbito de la psiconeuroinmunología. Algunos de estos estudios han encontrado que las personas que presentan predominancia de emociones negativas como la ansiedad o depresión tienen una peor respuesta inmune. Por ejemplo, se ha observado que las personas con una mayor emocionalidad negativa son más proclives a que se

reactiven virus latentes en su organismo (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005). Además, los estados de ánimo negativos podrían favorecer el incremento en la producción de citoquinas pro-inflamatorias (Kiecolt-Glaser et al., 2003), tales como la interleucina-6 (IL-6), que se ha asociado con las enfermedades cardiovasculares, además de con artritis, alzheimer, osteoporosis y algunos tipos de cáncer (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Por otra parte, el acortamiento de los telómeros, vinculado al envejecimiento celular, se ha asociado con emociones negativas y peor salud (Lung, Chen y Shu, 2007).

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 et al., 2000).

Estas recientes investigaciones han empezado a poner de manifiesto que los estados positivos, a nivel psicológico, no sólo forman parte integral de la salud, sino que parecen influir en la aparición de problemas físicos y enfermedades, así como en los procesos de recuperación (Arrebola-Moreno et al., 2014; Boehm y Kubzansky, 2012; Diener y Chan, 2011; Howell, Kern y Lyubomirsky, 2007).

Tener un buen estado de salud física o mental, no sólo consiste en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos psicosociales que permitan afrontar las adversidades de la vida (Taylor, 2011; Taylor et al., 2000). Desde este prisma, la salud positiva, se concibe como un estado de bienestar que favorece que la persona alcance un mayor desarrollo físico, psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2009).

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 psicológico óptimo (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). La salud, por tanto, es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales, además de las capacidades físicas (OMS, 1986).

El Gobierno escocés, recientemente, ha definido la salud mental como: “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” (Myers, McCollan y Woodhouse, 2005, p. 18)

Por su parte, la Sociedad Americana de Cardiología considera la salud cardiaca como un concepto integral donde la salud cardiovascular se define no como la mera ausencia de factores de riesgo, sino también como un conjunto de factores protectores que la favorecen (Lloyd-Jones et al., 2010).

Un concepto que ha mostrado tener una incidencia en las cardiopatías isquémicas es el de crecimiento postraumático y resiliencia, entendida esta última como la capacidad de sobreponerse a eventos adversos y ser capaz de desarrollarse de forma exitosa a pesar de circunstancias muy difíciles, tales como guerras, traumas graves, enfermedades, etc. (Ali, Dwyer, Vanner y López, 2010; Arrebola-Moreno et al., 2014; Kovacs et al., 2015; Zautra, Hall y Murray, 2010), y que será expuesto en profundidad en apartados posteriores.

1.1. Factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares

Las implicaciones y graves consecuencias que ocasionan los trastornos cardiovasculares han llevado a que muchos investigadores centren sus esfuerzos en encontrar las causas y

factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades. La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo.

El tabaquismo, la hipertensión, la obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia son algunos de los factores que tradicionalmente se han asociado al desarrollo y progresión de la cardiopatía isquémica (Yusuf et al., 2004; Cordero et al., 2015; Ferreira-González, 2014). No obstante, dichos factores no parecen ser los únicos que influyen en la aparición de estas enfermedades, ya que no pueden explicar todos los casos.

Diferentes estudios han encontrado que existen fundamentalmente tres tipos de factores de riesgo para la aparición de las enfermedades cardiovasculares: a) los factores de riesgo inherentes, que son el resultado de condiciones genéticas o físicas, tales como el sexo, la edad, antecedentes familiares, etc. En relación al sexo, los datos sugieren que la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres y, en lo referente a la edad, se ha observado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares se incrementa con la edad (Chida y Hammer, 2008; Fritz et al., 2015; Soofi y Yusef, 2015); b) factores modificables, que dependen de hábitos de vida, tales como la práctica de actividad física, dieta, consumo de alcohol o tabaco, sedentarismo, colesterol, hipertensión, etc. (Kotseva et al., 2015; Menotti, Puddu, Maiani y Catasta, 2015); y c) los factores psicosociales, tales como la experiencia de emociones negativas, como la ansiedad (Hemingway y Marmot, 1999; Roest, Martens, Denollet y De Jonge, 2010; Tully et al., 2014), la depresión (Moser et al., 2010; Nicholson, Kuper y Hemingway, 2006; Rugulies, 2002), la hostilidad (Chida y Steptoe, 2009; Davidson, Gidron, Mostofsky y Trudeau, 2007; Marsland, Prather, Petersen, Cohen y Manuck, 2008; Newman et al.,

2011), el estrés (Kubzansky et al., 2009; Zen et al., 2012), y un bajo apoyo social percibido (Maunder et al., 2015; Lett et al., 2007).

Tanto los factores modificables como los psicosociales, que pueden explicar la mitad de las causas de las cardiopatías isquémicas, son susceptibles de cambio y, por ende, de mejora (Chiles, Lambert y Hatch, 1999; Davidson et al., 2007). De ahí, el creciente interés científico existente en conocer cuáles son los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de las cardiopatías isquémicas, con objeto de prevenirlos o, en su defecto, contribuir a reducir los factores de riesgo o incrementar los factores protectores asociados.

Respecto a la hostilidad, diversos estudios han encontrado una relación positiva entre las conductas hostiles y un mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres (Chida y Hamer, 2008; Chida y Steptoe, 2009). En el metaanálisis de Suls y Wan (1989) se encontró que la relación entre ambas variables estaba mediada por la alta reactividad en la presión sistólica de los individuos y esta, a su vez, se incrementaba a medida que transcurría más tiempo.

Los dos grandes metaanálisis realizados, en torno al análisis sobre las conductas y rasgos de personalidad asociados a trastornos coronarios, sugieren que la ira y la hostilidad son predictores significativos de los trastornos cardiacos, siendo la hostilidad el que presenta una mayor asociación con dichos trastornos (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Matthews, 1988).

Chida y Steptoe (2009) realizaron un estudio metaanalítico con objeto de revisar, por un lado, si la ira y la hostilidad se asociaban significativamente con el aumento de eventos cardiovasculares en poblaciones sanas, y por otro, si estos influían en el pronóstico de pacientes con enfermedades coronarias ya existentes. Los efectos nocivos de la ira y la hostilidad fueron ligeramente mayores en los pacientes con enfermedades

coronarias que en población sana. Esta asociación se mantuvo después de controlar el resto de variables, tales como la gravedad de la enfermedad y el tratamiento médico aplicado. A tenor de los resultados, parece posible que episodios de ira y hostilidad contribuyan a acelerar la recurrencia de enfermedades coronarias.

No obstante, la hostilidad también incrementa el riesgo de padecer un evento cardiaco en poblaciones sanas. En un estudio prospectivo realizado con 1749 adultos sanos, se analizó el efecto que la hostilidad tenía en la enfermedad cardiaca. Los resultados mostraron, tras diez años de seguimiento y tras controlar el resto de variables psicosociales estándar, que la hostilidad incrementaba dos veces más la probabilidad de de sufrir un evento cardiaco (Newman et al., 2011).

La hostilidad es un constructo multidimensional que se define como una actitud negativa hacia las demás personas en las que prevalecen sentimientos de odio, rencor y enemistad hacia otros. Incluye componentes emocionales, conductuales y cognitivos (Smith, 2006). El componente emocional se caracteriza por la presencia de emociones negativas, tales como ira, rechazo, desprecio, rencor o resentimiento hacia otros, el conductual se refiere a agresión física o verbal y el componente cognitivo, describe actitudes como cinismo, desconfianza y tendencia a interpretar las acciones de los otros desde una perspectiva agresiva u hostil (Smith, Ruiz y Uchino, 2004). La mayoría de las investigaciones apuntan a la importancia del componente cognitivo en la hostilidad, el cual se reconoce como un factor de riesgo de las enfermedades coronarias que interviene en el desarrollo de la cardiopatía isquémica (Chang, Ford, Meoni, Wang y Klag, 2002; Matthews, Owens, Kuller, Sutton-Tyrrell y Jansen-MacWilliams, 1998).

Los resultados sugieren, por tanto, que la ira y la hostilidad incrementan la probabilidad de padecer un evento cardiaco tanto en poblaciones sanas como médicas. (Chida y Hamer, 2008; Chida y Steptoe, 2009). En poblaciones médicas, además, la

hostilidad se asocia con un peor pronóstico de la enfermedad cardíaca, una mayor recurrencia de episodios coronarios y mayores tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad (Newman et al., 2011; Smith, Glazer, Ruiz y Gallo, 2004).

En relación a la ira, varios estudios indican que las personas hostiles muestran niveles más bajos de apoyo social y altos niveles de conflicto social (Houston y Kelly, 1989; Schewirtz, Perkins, Chesney y Hughes, 1991; Smith y Frohm, 1985) y obtienen menos beneficios de los programas de rehabilitación habituales dirigidos a incrementar el apoyo social (Chen, Gilligan, Coups y Contrada, 2005). Algunos autores han sugerido, que los esquemas cognitivos de apoyo social caracterizados por una historia de relaciones interpersonales conflictivas podrían ejercer un papel determinante en estos resultados (Ratnasingam y Bishop, 2007).

Dentro de los procesos que se han sugerido como posibles mecanismos que subyacen a la relación entre la ira-hostilidad y la salud se destaca el papel de la reactividad fisiológica o cardiovascular (Smith y Brown, 1991). El concepto de reactividad cardiovascular hace referencia a un conjunto de cambios que se producen en una variedad de parámetros psicofisiológicos, como por ejemplo, la frecuencia cardíaca y la presión sistólica y diastólica (Smith, Allred, Morrison y Carlson, 1989; Sloan et al., 2010). En este sentido, se ha encontrado que los tratamientos orientados a reducir los niveles de hostilidad en pacientes cardíacos se asociaban con una disminución de la presión arterial diastólica (Gidron, Davidson y Bata, 1999; Sloan et al., 2010) y una menor tasa de hospitalización por recurrencia cardíaca (Davidson, MacGregor, Stuhr y Gidron, 1999; Newman et al., 2011).

Otro indicador fisiológico relacionado con los trastornos cardíacos es el de baja variabilidad del ritmo cardíaco, entendido este como un desequilibrio del sistema nervioso autónomo, caracterizado por una hiperreactividad del sistema nervioso

simpático y una hipoactividad parasimpática. Este marcador fisiológico se ha relacionado con la hostilidad y con peores resultados cardiacos (Lin, Weng, Lin y Lin, 2015; Sloan et al., 2010; Smith, 2006). En un reciente estudio realizado por Lin y colaboradores (2015) se examinó el efecto que un programa de biofeedback orientado a incrementar la variabilidad del ritmo cardiaco tenía sobre los niveles de hostilidad en una muestra de pacientes cardiacos. Los resultados sugieren que el entrenamiento en biofeedback cardiaco podría contribuir a disminuir los niveles de hostilidad. Desde el modelo de integración neurovisceral, se contemplan dos mecanismos reguladores de la amígdala como los responsables del control emocional de la hostilidad (Lehrer y Gervitz, 2014; Shaffer, McCraty y Zerr, 2014). El primero de ellos, modula la emoción a través de la amígdala, mediante la activación del nervio vago, equilibrando así la variabilidad del ritmo cardiaco, como consecuencia del entrenamiento en técnicas de relajación y respiratorias para el control de la ira y la hostilidad. La vía indirecta hace referencia a la modulación emocional, a través de corteza prefrontal, mediante el entrenamiento en técnicas de gestión del estrés y cognitivo conductuales (Thayer y Lane, 2007).

La hostilidad también se ha asociado con incrementos en la reactividad cardiovascular frente a diferentes estresores psicosociales (Smith, 2006). En este sentido, se ha observado que el estrés y la hostilidad interactúan, de forma conjunta, en su influencia en la reactividad cardiovascular (Davis, Matthews y McGrath, 2000). La reactividad cardiovascular se ha asociado con una mayor probabilidad de sufrir un evento cardiaco en pacientes con enfermedad coronaria previa y, en sujetos sanos, la reactividad cardiovascular se ha asociado con diferentes medidas preclínicas tales como aumento de la masa ventricular e incrementos en la presión sanguínea (Treiber et al., 2003). Muchas investigaciones mantienen la hipótesis de que una elevada reactividad

cardiovascular hacia el estrés es un factor de riesgo en el desarrollo de hipertensión y enfermedad cardiovascular, especialmente si la respuesta sucede con mucha frecuencia e intensidad (Smith y Ruiz, 2002).

Una de las presunciones de la relación entre la reactividad cardiovascular, el estrés y la hostilidad, es que los individuos suelen responder de forma similar cuando son confrontados con los mismos estresores o estresores similares, a lo largo del tiempo. Es decir, la hostilidad parece ser una característica individual relativamente estable (Allen, Sherwood, Obrist, Crowell y Grange, 1987; Chida y Steptoe, 2009).

Tal como hemos señalado previamente, otros factores de riesgo psicosociales asociados con los trastornos cardiovasculares son la ansiedad, la depresión, el estrés y la falta de apoyo social.

En relación a la ansiedad, hay diferentes estudios que han encontrado relaciones positivas entre la preocupación, la ansiedad y la enfermedad coronaria y muerte cardíaca súbita (Kubzansky et al., 1997; Tully et al., 2014). Asimismo, existen resultados que han encontrado que la ansiedad incide en un peor pronóstico en los pacientes cardíacos (Brouwers et al., 2015; Nicholson et al., 2006; Whang et al., 2009) e incrementan el riesgo de mortalidad en esta población médica (Brummett et al., 2005; Denollet, Freedland, Carney, de Jonge y Roest, 2013; Herrmann, Brand-Driehorst, Buss y Rüger, 2000; Versteeg, Roest y Denollet, 2015).

Se han propuesto dos vías a través de las cuales la ansiedad puede influir en la enfermedad coronaria. Por un lado, se ha planteado la hipótesis de que los efectos de la ansiedad y el estrés crónico se acumulan con el tiempo, lo cual podría derivar en un daño cardiovascular, al activar en exceso el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA) y el sistema nervioso simpático. La reactividad del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas plasmáticas podrían dañar el endotelio vascular y liberar

ácidos grasos por encima de los niveles metabólicos necesarios. La otra alternativa que se plantea es que la ansiedad al aumentar la reactividad cardiovascular frente al estrés, contribuya a incrementar la tensión del músculo cardíaco, a través de la frecuencia cardíaca en reposo, la disfunción barorrefleja y la variabilidad ventricular (Carpeggiani et al., 2005; Thurston, Rewak y Kubzansky, 2013).

El elemento cognitivo de la ansiedad, la rumiación, parece ser un elemento importante en el mantenimiento de la activación fisiológica crónica. Se considera, por tanto, un potencial mediador clave entre el estrés y la enfermedad coronaria (Thurston et al., 2013). Así, la hiperreactividad cardiovascular o activación intensa aguda, repetida en el tiempo, como por ejemplo los ataques de pánico, se ha asociado también con un mayor riesgo cardiovascular (Smoller et al., 2007).

La depresión también es un factor de riesgo de la cardiopatía isquémica. Esta se ha demostrado que provoca cambios fisiopatológicos. Concretamente, se ha relacionado con alteración de la función plaquetaria, coagulación sanguínea, función inmune, alteración autonómica, del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal y la función endotelial; todos los cuales juegan un rol en el desarrollo y progresión de la enfermedad inflamatoria crónica de la aterosclerosis (Shah, White, White y Littler, 2004). Asimismo se ha demostrado que pacientes con depresión cursan con desregulación del sistema nervioso autónomo, que conlleva una reducción del tono vagal e hiperactividad simpática. Este fenómeno se asocia con un incremento de la frecuencia cardíaca en reposo, disfunción de la sensibilidad barorrefleja, y alteración de la repolarización ventricular; los cuales, a su vez, son marcadores predictivos de arritmia y muerte cardíaca súbita (Carney, Freeland y Veith, 2005; Watkins, Blumenthal y Carney, 2002). De igual modo, se ha encontrado que los pacientes con depresión presentan una elevada línea base de catecolaminas circulantes y muestran una respuesta exagerada al estrés

con una producción anormalmente excesiva de estos neurotransmisores (Calvo, Díaz, Alonso, Alemán y Ojeda, 2002).

La depresión también es común en individuos con enfermedades cardíacas, y especialmente después de un infarto de miocardio (Thombs et al., 2006; Thombs et al., 2008). Estos autores encontraron que aproximadamente 1 de cada 5 pacientes cumplía criterios diagnósticos de depresión. Se ha encontrado que la depresión es 3 veces más común en pacientes que han sufrido un evento cardíaco, que en población general (Thombs et al., 2006; Thombs et al., 2008). La depresión durante la hospitalización se asocia con un riesgo 3 veces mayor de enfermedad coronaria en los primeros 18 meses tras hospitalización (Dragu et al., 2008) y una mayor tasa de hospitalizaciones y mortalidad transcurridos cinco años tras el primer evento cardíaco (Versteeg, Roest y Denollet, 2015).

Whang y colaboradores (2009) encontraron que los síntomas depresivos se asociaban a un mayor riesgo de eventos cardíacos, asociación aún mayor, en pacientes que estaban bajo medicación. Se ha sugerido, en este sentido, que la medicación podría favorecer la aparición de arritmias, lo cual podría explicar el elevado riesgo de mortalidad asociado a la depresión. Diferentes metaanálisis realizados han encontrado resultados similares. Los síntomas depresivos se han asociado con un mayor riesgo de arritmias ventriculares, mayores frecuencias cardíacas en reposo y reducción de la variabilidad del ritmo cardíaco (Rugulies, 2002; Wulsin y Singal, 2003).

También existe evidencia sobre el papel del estrés como factor precipitante para el infarto de miocardio en pacientes con ECV. Se ha encontrado que el estrés aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas (Arnold, Smolderen, Buchanan, Li y Spertus, 2012). En esta línea, el estudio INTERHEART (Yusuf et al., 2004) comparó más de 15000 personas que habían sufrido infarto de miocardio con objeto de analizar los

factores de riesgo más significativos, encontrando que los agentes estresantes se relacionaron significativamente con el infarto de miocardio.

En relación al trastorno de estrés postraumático (TEPT), Kubzansky y colaboradores (2009) realizaron un estudio prospectivo con objeto de examinar si la presencia de síntomas de TEPT se asociaba con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, en una muestra con datos epidemiológicos de más de 1000 mujeres durante 14 años de seguimiento. Los resultados mostraron que las mujeres con cinco o más síntomas de TEPT, tenían tres veces más riesgo de sufrir un evento cardíaco, comparadas con las mujeres que no tenían ningún síntoma. Estos resultados se mantuvieron tras controlar los factores de riesgo coronario estándar. Parece, por tanto, que altos niveles de síntomas de TEPT incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionada con las enfermedades del corazón (Kubzansky et al., 2009).

Como se ha señalado previamente, las emociones negativas analizadas incrementan el riesgo de padecer trastornos cardiovasculares. No obstante, pocos estudios han analizado el efecto predictivo de las emociones negativas, tomadas estas de forma conjunta. Kubzansky, Cole, Kawachi, Vokonas y Sparrow (2006) evaluaron en una muestra de veteranos de guerra, el efecto predictivo que diferentes emociones negativas ejercían en el riesgo cardiovascular. Las emociones negativas evaluadas fueron depresión, ansiedad, ira y malestar general. Los resultados mostraron que en los 161 casos de pacientes que sufrieron algún evento cardíaco, transcurridos 10 años, la ansiedad, la ira y el malestar se asociaron con un mayor riesgo cardíaco. Al analizarlas conjuntamente, las emociones que mantenían un mayor valor predictivo, en relación al riesgo de sufrir un trastorno cardíaco, fueron la ansiedad y el malestar en general.

En cuanto al papel del apoyo social o de vínculos sociales, se ha observado el fuerte impacto que estos tienen en la salud, en los procesos de enfermedad en general, y

en las enfermedades cardiovasculares, en particular. La falta de contacto o actividad social surge como un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular (Kamarck, Manuck y Jennings, 1990). Se ha observado que las personas que presentan un mayor aislamiento social tienen un mayor riesgo de muerte que las personas con una mayor implicación social (Adams, Kaufman y Dressler, 1989).

Lett y colaboradores (2005; Lett et al., 2007) encontraron que un bajo apoyo social percibido incrementaba el riesgo de mortalidad y morbilidad de dos a cuatro veces más en esta población médica. De igual modo, se ha estudiado el efecto del apoyo social en pacientes cardíacos observando que el riesgo de recurrencia de trastornos cardíacos fue mucho más elevado en personas que vivían solas, frente a las que vivían acompañadas (Case, Moss, McDermott y Eberly, 1992; Strike y Steptoe, 2005).

Por contraposición, se ha observado que el apoyo social es un factor que ejerce un papel protector con respecto a la morbilidad y mortalidad de trastornos cardiovasculares. La disponibilidad del apoyo social podría ejercer un papel moderador de la reactividad cardiovascular ante las situaciones estresantes, al facilitar respuestas de afrontamiento más adaptativas (Lett et al., 2007).

Los factores psicosociales inciden en diferentes estadios del desarrollo de los trastornos cardiovasculares. Tal como se ha indicado, existe evidencia de la incidencia de estos factores tanto en la etiología, como en el mantenimiento y desarrollo de la enfermedad. Así, las intervenciones conductuales se han orientado hacia la prevención en población de alto riesgo, a través de la modificación de conductas que incrementan la vulnerabilidad cardiovascular, como el sedentarismo, la dieta, el tabaquismo, etc. (Menotti et al., 2015); y a través de la modificación de los factores psicosociales asociados, como la hostilidad, la ansiedad, la depresión, etc. (Lavie y Milani, 2005; Lett, Davidson y Blumenthal, 2005); así como, al tratamiento y rehabilitación de las

funciones físicas, psicológicas y sociales afectadas por el trastorno cardiovascular (D'Angelo, Reid y Pelletier, 2007; Hwang, Moser y Dracup, 2014) y a las mejoras en la adherencia a tratamientos médicos (D'Angelo, Pelletier, Reid y Huta, 2014).

En relación al tratamiento y rehabilitación de las funciones dañadas tras la ocurrencia de un evento coronario, cabe destacar la importancia que tiene la mejora de la actividad física en el bienestar de estos pacientes (Sattelmair et al., 2011; Taylor et al., 2004). En general, la práctica regular de actividad física produce efectos beneficiosos a nivel cardiovascular (Blum, Schmid, Eser y Saner, 2013; Reid et al., 2006). Se han encontrado bajas tasas de mortalidad debida a enfermedad cardiaca en personas que mantienen un alto nivel de actividad física (Gielen, Laughlin, O'Conner y Duncker, 2014; Heran et al., 2011; Piepoli, Davos, Francis y Coats, 2004; Taylor et al., 2004).

Del mismo modo, el desarrollo de ejercicio progresivo resulta aconsejable en la prevención del infarto de miocardio y su rehabilitación (Stuart, 2014). También se ha observado que en pacientes hipertensos se asocia con un descenso en la presión arterial y una mejora de la salud cardiovascular (Horton, 1980) y en pacientes cardiacos, con descensos en la presión sistólica (Whellan et al., 2011) y diastólica (Edelmann et. al., 2011). De igual modo, se ha comprobado que la práctica regular de ejercicio contribuye a disminuir factores psicosociales de riesgo, como los síntomas de ansiedad y depresión (Tabet et al., 2009). No obstante, hay que tener en cuenta que no todas las modalidades de ejercicio tienen efectos positivos a nivel cardiovascular. El sobreesfuerzo y una actividad excesivamente suave resultan ineficaces. De igual modo, los efectos beneficiosos solo se mantienen si la práctica de actividad física se prolonga en el tiempo (Bock, Carmona-Barros, Esler y Tilkemeier, 2003).

1.2. Resumen

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo (OMS, 2014). Dentro de las enfermedades cardiovasculares, las cardiopatías isquémicas, entre las que se incluyen infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita o paro cardíaco y la insuficiencia coronaria, son la causa de muerte más frecuente en los países industrializados. Las implicaciones y graves consecuencias que ocasionan las ECV han llevado a que muchos investigadores centren sus esfuerzos en encontrar las causas y factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades. La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo. En este sentido, diferentes estudios han encontrado que existen fundamentalmente tres tipos de factores de riesgo para la aparición de las enfermedades cardiovasculares: a) los factores de riesgo inherentes, que son el resultado de condiciones genéticas o físicas, tales como el sexo, la edad, antecedentes familiares, etc. En relación al sexo, los datos sugieren que la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres y, en lo referente a la edad, se ha observado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares se incrementa con la edad (Chida y Hammer, 2008; Fritz et al., 2015; Soofi y Yusef, 2015); b) factores modificables, que dependen de hábitos de vida, tales como la práctica de actividad física, dieta, consumo de alcohol o tabaco, sedentarismo, colesterol, hipertensión, etc. (Kotseva et al., 2015; Menotti et al., 2015); y c) los factores psicosociales, tales como la experiencia de emociones negativas, como la ansiedad (Hemingway y Marmot, 1999; Roest et al., 2010; Tully et al., 2014), la depresión (Moser et al., 2010; Nicholson et al., 2006; Rugulies, 2002), o la hostilidad (Chida y Steptoe, 2009; Davidson et al., 2007; Marsland et al., 2008; Newman et al., 2011), el estrés (Kubzansky et al., 2009; Zen et al., 2012), y un bajo apoyo social percibido (Maunder et al., 2015; Lett et al., 2007).

Tanto los factores modificables como los psicosociales, que pueden explicar la mitad de las causas de las cardiopatías isquémicas, son susceptibles de cambio y, por ende, de mejora (Chiles et al., 1999; Davidson et al., 2007). De ahí, el creciente interés científico existente en conocer cuáles son los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de las cardiopatías isquémicas, con objeto de prevenirlos o, en su defecto, contribuir a reducir los factores de riesgo o incrementar los factores protectores asociados.

Los factores psicosociales inciden en diferentes estadios del desarrollo de los trastornos cardiovasculares. Tal como se ha indicado, existe evidencia de la incidencia de estos factores tanto en la etiología, como en el mantenimiento y desarrollo de la enfermedad. Así, las intervenciones conductuales se han orientado hacia la prevención en población de alto riesgo, a través de la modificación de conductas que incrementan la vulnerabilidad cardiovascular, como el sedentarismo, la dieta, el tabaquismo, etc. (Menotti et al., 2015); y a través de la modificación de los factores psicosociales asociados, como la hostilidad, la ansiedad, la depresión, etc. (Lavie y Milani, 2005; Lett et al., 2005); así como, al tratamiento y rehabilitación de las funciones físicas, psicológicas y sociales afectadas por el trastorno cardiovascular (D'Angelo et al., 2007; Hwang et al., 2014) y a las mejoras en la adherencia a tratamientos médicos (D'Angelo, et al., 2014).

2. ENCUENTRO DE BENEFICIO, CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y RESILIENCIA

La capacidad de superar eventos adversos, ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de las circunstancias difíciles, junto con la habilidad de extraer beneficio de los eventos traumáticos, ha cobrado gran interés en los últimos años. En este trabajo se ha pretendido aglutinar la información más relevante que existe en torno al concepto de encuentro de beneficio o crecimiento postraumático clarificando aspectos centrales como son su definición, características, aproximaciones teóricas al constructo, así como, delimitarlo de otros conceptos afines y relacionados, como la resiliencia.

Encuentro de beneficio o crecimiento postraumático son conceptos similares, que incluso, a veces se intercambian entre sí en la literatura científica. No obstante, y como se analizará posteriormente cada uno integra matices diferenciadores. En líneas generales, todos estos constructos reflejan un comportamiento adaptativo positivo en las personas, durante o después, de haber estado sometidas a situaciones muy difíciles o adversas.

Con carácter general se conceptualiza el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático como los cambios positivos experimentados en las personas como consecuencia de la experimentación de un evento traumático. Y la resiliencia, como el conjunto de características o recursos personales y sociales que permiten a las personas realizar un afrontamiento eficaz frente a la adversidad. Se concibe la resiliencia, por tanto, como el proceso a través del cual las personas se enfrentan a las situaciones traumáticas y el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio como el resultado positivo que opera tras la ocurrencia de un evento traumático.

2.1. Resiliencia

2.1.1. Clasificación del concepto de resiliencia

El término resiliencia procede del latín, de la palabra *resilio*, que significa, rebotar, volver atrás de un salto. En física se entiende como la capacidad de un material para recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. Es, por tanto, un concepto de la física, que ha sido adaptado a las ciencias sociales (Luthar, 2006).

Desde que el término resiliencia aparece en la literatura especializada de salud mental como una hipótesis explicativa de la conducta saludable en condiciones adversas o potencialmente adversas (Fergus y Zimmerman, 2005; Werner y Smith, 1982), han proliferado los estudios que determinan el alcance y limitaciones de este concepto. Muchos de los modelos teóricos tienen en común, a la hora de conceptualizar la resiliencia, una combinación de factores o recursos, tanto internos como externos.

La mayoría de los autores coinciden en definir la resiliencia como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las capacidades físicas y psicológicas en situaciones críticas (Masten, 2007; 2011; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Se encuentra, por tanto, relacionada con la manera en la que el individuo lidia, se sobrepone y se fortalece frente a la adversidad (Fry y Keyes, 2010).

Al analizar la literatura científica relacionada con la resiliencia se observa una evolución teórica del término, como consecuencia de los resultados encontrados a nivel empírico.

Las primeras investigaciones realizadas en torno a la resiliencia datan de los años 60 y 70. Estas fueron realizadas por un grupo de psicólogos y psiquiatras quienes mientras estudiaban qué factores de riesgo incrementaban la probabilidad de padecer un

trastorno psicológico, observaron que algunos individuos se desarrollaban con normalidad a pesar de la presencia de dichos factores (Anthony, 1974; Garmezy, 1971; Rutter, 1985).

La segunda generación de estudios se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones muy difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos de esta época que potenció el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982; 1992). En esta segunda generación se comenzó a definir la resiliencia atendiendo a características personales inherentes de los niños, como la capacidad de recuperación y adaptación de estos ante sucesos traumáticos, considerando que estos niños tenían un conjunto de características personales que los protegían frente a la adversidad.

Estudios posteriores han permitido esclarecer algunas presunciones erróneas acerca del constructo, tales como la idea de que los niños resilientes eran poseedores de aptitudes extraordinarias y gozaban de una inmensa fortaleza (Masten, 2001). La gran sorpresa devenida de la investigación es lo ordinario del fenómeno resiliente. La resiliencia, por tanto, se erige como un fenómeno más común de lo que se suponía a priori. El concepto de resiliencia no implica tanto una invulnerabilidad al estrés como la habilidad de recuperarse tras la ocurrencia de eventos negativos (Garmezy, 1991).

Posteriormente, Galea y colaboradores (2002) confirmaron esos resultados en un estudio donde evaluaron el TEPT, en una muestra representativa de personas de la

ciudad de Nueva York, en relación con el atentado del 11 de septiembre de 2001. Los resultados encontrados fueron que transcurrido un mes desde el atentado, sólo un 7,5% de personas cumplían los criterios del TEPT, a los cuatro meses descendió a un 1,7% y a los seis meses sólo un 0,6% seguía manteniendo sintomatología recogida en el TEPT. Esto pone de manifiesto como las personas se van adaptando a las situaciones de la vida poniendo en práctica aquellos recursos de los que disponen, entre ellos, la resiliencia. Resultados similares se han encontrado tras los atentados perpetrados en Madrid, el 11 marzo de 2004 (Vázquez, Pérez-Sales, y Matt, 2006).

Es a partir de este momento cuando hablamos de una tercera generación de investigadores, que analizan el fenómeno resiliente desde la perspectiva de los factores de protección o conjunto de características que los sujetos tienen para afrontar las diferentes situaciones vitales a las que se enfrentan. La resiliencia, por tanto, desde este prisma es fruto de la interacción entre individuo y entorno, y es entendida como un proceso, de forma que, no es tanto la persona la que es resiliente sino su evolución y consiguiente proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrulnik, 2001; Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

La actual generación de investigadores en resiliencia, incardinados en modelos más positivos de salud mental, analiza el fenómeno resiliente desde el prisma de la mejora o los cambios positivos producidos tras la ocurrencia de un evento traumático. Este fenómeno conocido como crecimiento postraumático o encuentro de beneficio será analizado posteriormente en profundidad.

Tradicionalmente y desde la perspectiva de modelos categoriales, que definían la respuesta al trauma como la presencia o ausencia de patología, recogida en el cuadro clínico conocido como TEPT, la respuesta humana ante la adversidad se ha visto circunscrita a una única dimensión, que evaluaba el grado de ajuste psicológico en

función de un continuo que oscilaba desde la ausencia a presencia de síntomas recogidos en dicha categoría clínica. Es por esto que las respuestas de resiliencia tras un trauma han sido consideradas tradicionalmente como inusuales e incluso patológicas. Como indica Bonnano (2004) se ha producido el hecho paradójico de que personas que han superado sus traumas sin padecer problemas psicológicos importantes y sin desarrollar TEPT han sido estigmatizadas, aludiendo a que dichos individuos sufrían de disfuncionales patologías, tales como negación o evitación de la realidad. Esto es debido a que normalmente se ha considerado que la depresión, duelo y pena, son las respuestas normales y adaptativas tras la experimentación de un suceso traumático. Es decir, se ha considerado natural concebir a la persona que sufre una experiencia traumática, como una víctima que potencialmente desarrollará una patología, lo cual ha contribuido a desarrollar una cultura de victimización que ha sesgado la investigación psicológica, al asumir una visión pesimista de la naturaleza humana (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Los motivos por los que se han podido ignorar los aspectos positivos del afrontamiento traumático, pueden deberse al proceso social de carácter cognitivo, conocido como amplificación social del riesgo, que muestra la tendencia general a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978; Paton, Smith y Violanti, 2000). Esta tendencia puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas.

Sin embargo, como comentábamos previamente, la literatura científica actual incardinada en modelos más optimistas, concibe a la persona como activa, fuerte y con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades, demostrando que la resiliencia es una respuesta mucho más común de lo que la psicología había

considerado hasta ahora (Bonanno, 2004; Bonanno y Mancini, 2012; Bonanno, Wetsphfal y Mancini, 2011; Masten, 2001).

Cabe destacar que esta visión que analiza los aspectos positivos devenidos, como consecuencia del sufrimiento y el malestar experimentado, tiene sus orígenes, no sólo en algunas teorías filosóficas y religiosas, sino también en el estudio pionero de algunos científicos y clínicos, tales como Frankl (1946) o Maslow (1970), entre otros, quienes enfatizaron por primera vez en el campo de la psicología científica, la necesidad de investigar no sólo la patología mental, sino también la salud, y aquellos procesos, estrategias o recursos que ponían en marcha los individuos ante la adversidad.

Es una realidad confirmada por muchas personas que pese a haber vivido un evento traumático, han conseguido encajarlo adaptativamente, lo que les ha permitido seguir desenvolviéndose con normalidad, sin desarrollar ningún trastorno psicológico. Incluso en algunos casos, han conseguido aprender y beneficiarse de tales experiencias, como si el trauma experimentado hubiera destapado en ellos recursos latentes e insospechados (Manciaux et al., 2001; Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

La resiliencia es un constructo muy complejo, conformado por múltiples componentes, que se ha abordado desde diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas, lo cual dificulta su conceptualización. No obstante, con carácter general, puede clasificarse atendiendo a dos criterios diferenciados: a) en función de los componentes o cualidades de la resiliencia, y b) según la dimensión a la que hacen referencia, es decir, si se conceptualiza como un resultado o como un proceso.

En lo referente a los componentes que conforman la resiliencia, se han encontrado diferentes cualidades asociadas a la resiliencia, que son también indicadores de un adecuado desarrollo competencial. Entre estas se encuentran: una buena inteligencia, temperamento fácil, locus de control interno, alta autoestima y

autoeficacia, búsqueda de apoyo social, humor, optimismo vital, afrontamiento activo orientado a la resolución de problemas, buena gestión de la autonomía personal, como tener iniciativas, tomar decisiones y tener un proyecto de vida, lo que requiere a su vez una planificación efectiva, capacidad de entusiasmo, motivación o interés por las cosas y una mayor flexibilidad cognitiva (Luthar, 2006; Luthar et al., 2000; Lyubomirsky, 2008; Masten, 2001).

Walsh (2004), por su parte, considera que los componentes centrales de la resiliencia son una alta autoestima resultante de la visión de esperanza realista y un apropiado control personal. Al mismo tiempo, denota que los factores resilientes, al igual que los recursos, forman parte de la misma persona (recursos personales) y de su contexto social cercano (recursos familiares) y distal (recursos sociales).

Las dimensiones de la resiliencia investigadas, hacen referencia a si esta se ha analizado como resultado o como proceso. La investigación sobre el proceso de resiliencia se ha orientado a conocer los mecanismos que actúan para amortiguar el impacto de una situación adversa, analizando tanto los factores de riesgo como de protección relacionados con el modo en que el individuo responde ante la adversidad (Masten, 2011; Rutter, 2012).

Vanistendael (1997) distingue cinco dimensiones de la resiliencia: a) existencia de redes sociales informales que son gratificantes, b) autoestima positiva y confianza en sus capacidades para emprender acciones o relaciones con otras personas, c) sentido de la vida o trascendencia, d) presencia de aptitudes y destrezas que le permiten desarrollar sus competencias y confiar en ellas y e) sentido del humor y capacidad para disfrutar de sus experiencias y de sus emociones positivas.

El modelo interactivo de Grotberg (2006) caracteriza la resiliencia desde una perspectiva interactiva, conceptualizando la resiliencia desde tres dimensiones: la

primera, hace referencia al apoyo que la persona cree que puede recibir por parte de otros; la segunda, a las condiciones o recursos internos que utiliza para definirse a sí misma y a la situación adversa; y la tercera, a las habilidades para relacionarse con otros y para resolver problemas.

A nivel del resultado, implica un ajuste positivo o una adaptación exitosa a las situaciones de riesgo. A este respecto, se ha enfatizado el mantenimiento de la competencia o funcionalidad, especialmente a nivel conductual y afectivo, en personas expuestas a situaciones de riesgo (Bonanno y Burton, 2013).

Como conclusión, podemos inferir que deben darse al menos dos criterios para poder hablar de resiliencia. Por un lado, tiene que darse una adaptación positiva o un comportamiento ajustado según las expectativas que socialmente se consideran positivas o adecuadas (Masten y Coatsworth, 1995). El segundo criterio que debe darse es la presencia de una situación adversa, de tal forma que ésta suponga una amenaza a las conductas adaptativas de las personas (Masten, 2001; Masten, Cutuli, Herbers y Reed, 2009). Fergus y Zimmerman (2005) añaden un tercer criterio, la capacidad para evitar trayectorias negativas asociadas al riesgo.

La exposición a los acontecimientos vitales adversos normalmente predice efectos negativos sobre la salud mental y el bienestar, de manera que una mayor experimentación de adversidad predice peores resultados. Sin embargo, las experiencias adversas también pueden fomentar la posterior capacidad de recuperación, con los consiguientes beneficios para la salud mental y el bienestar. En el estudio longitudinal de Seery, Holman y Silver (2010) se encontró que las personas con un historial moderado de adversidad reportaron una mejor salud mental y bienestar frente a aquellos con menores experiencias traumáticas. En concreto, encontraron que un historial de adversidad distinto de cero predecía relativamente menor angustia global, un deterioro

funcional más bajo, menos síntomas de estrés postraumático y una mayor satisfacción con la vida. Por otra parte, las personas que habían sufrido situaciones adversas en el pasado fueron las que menos afectadas se vieron por eventos adversos más recientes. Estos resultados sugieren que, con moderación, las situaciones difíciles pueden favorecer el desencadenamiento de conductas resilientes.

Parece, por tanto, que para que se produzca la respuesta resiliente tienen que estar presentes, tanto factores de riesgo como de protección, que ayuden a conseguir un ajuste positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo.

2.1.2. Resiliencia en las etapas del desarrollo

Existen marcadas diferencias en los estudios realizados en niños y en adultos. Así, gran parte de los estudios de resiliencia hechos con adultos se centran en el proceso de afrontamiento de eventos traumáticos aislados que ocurren en una situación de estrés determinada, mientras que los estudios con niños se han focalizado en aquellos que están sometidos a situaciones adversas que se prolongan en el tiempo, es decir, en estresores más crónicos.

Por otra parte, un tema clave en el estudio empírico de la resiliencia es el período temporal empleado para identificar el patrón de la respuesta resiliente. La psicología del desarrollo ha tendido a definir los resultados resilientes de forma distal. Así, un niño puede ser considerado resiliente incluso si presenta dificultades durante meses y años, si finalmente logra un nivel de ajuste saludable. Por el contrario, en la investigación con adultos que se enfrentan a estresores aislados, la resiliencia se define en términos de la capacidad de la persona para continuar funcionando normalmente, y por lo tanto, requiere una visión más proximal.

En relación con la resiliencia en niños y adolescentes, se han utilizado diferentes criterios para discriminar cuando una conducta es adaptativa, incluso en las situaciones más adversas. Uno de los criterios más utilizados para determinar si la conducta es adaptativa es comparar la conducta emitida con unos estándares conductuales socialmente aceptados, en función de las diferentes etapas del desarrollo. Por ejemplo, en la etapa adolescente, la obtención de buenos resultados académicos, satisfacción vital, mantenimiento de relaciones de amistad con sus iguales, aceptación de normas, salud mental normal con ausencia de trastorno mental o malestar emocional, ausencia de consumo o abuso de drogas y de conductas antisociales, etc. Estos estándares conductuales hacen referencia, por tanto, a las expectativas de comportamiento socialmente aceptadas en un determinado contexto o cultura y en las diferentes etapas evolutivas (Masten y Coatsworth, 1995; Masten, 2001; Masten et al., 2009).

Uno de los debates más interesantes que se ha mantenido, en relación al criterio de adaptación al entorno, es si se deben tener en cuenta también criterios internos de adaptación, tales como salud emocional y/o bienestar, entre otros, o únicamente los externos. En la actualidad, la mayoría de los investigadores incluyen criterios de ambos tipos, externos versus internos, ya que como bien apuntó Masten (2007), los seres humanos actúan como una unidad coherente y organizada.

No obstante, el mantenimiento de buenos resultados o de conductas socialmente adaptativas no son suficientes para definir la resiliencia, hace falta que los niños se enfrenten a situaciones difíciles o amenazantes que pongan en riesgo la conducta adaptativa. Algunas de estas situaciones que tradicionalmente se han observado en el estudio de la resiliencia, son nacimientos prematuros, divorcio, maltrato, exposición a situaciones de violencia doméstica, trastornos mentales de los padres, pobreza, enfermedades, traumas devenidos de conflictos bélicos o catástrofes naturales, etc.

(Masten, 2001; Masten et al., 2009). Estas amenazas, por tanto, se consideran factores de riesgo ya que existe suficiente evidencia empírica que pone de manifiesto que estas experiencias elevan la probabilidad de desarrollar algún tipo de patología como consecuencia de la exposición a dichos factores.

Frente a los factores de riesgo, se han encontrado también factores protectores que ejercen un papel amortiguador, especialmente en situaciones muy adversas. Estos factores hacen referencia a los recursos o conjunto de factores que tradicionalmente se han asociado con buen pronóstico en la conducta adaptativa (Masten et al., 2009).

Algunos de los factores protectores que promueven la conducta resiliente son, por un lado, a nivel familiar, la calidad de la crianza. En este sentido, los niños que gozan de buenas relaciones sociales y/o familiares, que tienen entornos estructurados y empáticos y además tienen un buen nivel socioeconómico presentan un mayor ajuste psicológico. Por otro lado, las características internas del niño también ejercen un papel amortiguador frente a la adversidad, tales como, la presencia de buenas habilidades intelectuales o de aprendizaje, un alto cociente intelectual, habilidades de autorregulación, autocontrol, personalidad flexible, sentimientos de autoeficacia y competencia y una visión positiva de la vida, etc. (Masten et al., 2009).

De igual modo, a nivel social o comunitario, también ejercen un importante papel protector el conjunto de políticas sociales y de salud públicas orientadas a la seguridad y protección ciudadana (Masten et al., 2009).

En este sentido, Garmezy (1991) y Werner y Smith (1992) identificaron tres niveles en los que los procesos de protección y vulnerabilidad afectan a los niños en alto riesgo: el nivel de la comunidad (apego social), el familiar (calidad en la crianza) y las características de personalidad del propio niño (inteligencia, habilidades sociales, etc.).

Otros estudios han analizado el desarrollo de la conducta humana centrándose en el contexto y el desarrollo del niño. Según el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), se concibe al ambiente como un conjunto de estructuras incardinadas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad. Bronfenbrenner (1987) argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos para llevar a cabo intervenciones eficaces en la prevención y promoción de la conducta resiliente.

A diferencia de los estudios con niños, los realizados con adultos se ciñen fundamentalmente a un periodo temporal determinado que suele coincidir con la ocurrencia de un evento traumático o situación adversa, por lo que la resiliencia se define, en este contexto, como la capacidad de la persona para continuar funcionando normalmente a pesar del suceso traumático.

Bonanno y Mancini (2012) han observado diferentes patrones de respuesta en adultos a la hora de afrontar situaciones traumáticas, concretamente observaron cuatro

trayectorias diferenciadas como respuesta al trauma, en relación a la alteración observada en el funcionamiento normal de las personas, como consecuencia de haber sufrido un evento traumático: trastorno, disfunción crónica, reacción o respuesta retardada, recuperación y resiliencia o reconfiguración.

En relación al trastorno, cabe destacar que la psicología tradicional se ha centrado mayoritariamente en este aspecto de la respuesta humana, asumiendo que potencialmente toda persona expuesta a una situación traumática es susceptible de desarrollar un TEPT u otras patologías, tales como depresión y/o ansiedad (Paton et al., 2000).

La disfunción crónica, por su parte, es una respuesta ante la adversidad que está caracterizada por la presencia, mantenida a lo largo del tiempo, de un fuerte malestar emocional junto con altos niveles de alteración en su funcionamiento normal.

Otra de las reacciones que se han observado, son las conocidas como reacciones retardadas. Estas se han considerado tradicionalmente como consecuencia de respuestas de inhibición o negación del evento traumático, caracterizadas por la ausencia de sintomatología en las primeras etapas, que se van manifestando y, por ende, agravando a medida que transcurre el tiempo.

Otra respuesta observada y confundida tradicionalmente en la literatura científica con la resiliencia es la recuperación. No obstante, y según Bonanno (2004), la recuperación se entiende como la afectación temporal de la trayectoria vital, como consecuencia del evento traumático, con la presencia de síntomas depresivos y malestar, y la posterior recuperación de los mismos, transcurridos unos meses o años desde la ocurrencia del suceso traumático. Es decir, hay una ruptura en la trayectoria vital más o menos larga en el tiempo, proseguida de una posterior recuperación y retorno a los niveles normales de funcionamiento previos.

Y la última respuesta analizada por estos autores, dentro del abanico de respuestas frente a la adversidad, es la de resiliencia o reconfiguración, entendida esta como la capacidad para mantener niveles de funcionamiento normal y relativamente estable, después de la ocurrencia del suceso traumático manteniendo, por tanto, niveles psicológicos y físicos saludables a pesar de las situaciones adversas.

No obstante, cabe reseñar que el mantenimiento de un funcionamiento psicológico ajustado no excluye la presencia de niveles moderados de malestar. Por ejemplo, son comunes la presencia de pensamientos intrusivos y síntomas ansiógenos transcurridos días o incluso semanas desde la ocurrencia del evento traumático (Bonanno et al., 2002; Hegelson, Reynolds y Tomich, 2006).

Algunos investigadores han propuesto que esta respuesta frente a la adversidad debería ser definida como resistencia (Lepore y Revenson, 2006). Esta nomenclatura permitiría diferenciar entre la capacidad de algunos individuos de no verse afectados por la ocurrencia de eventos traumáticos, manteniendo, por tanto, un funcionamiento psicológico estable, igual al que mantenía antes de la ocurrencia del evento traumático, frente a la capacidad humana de extraer significado o beneficio de la situación adversa, lo que repercutiría en una mejora en su funcionamiento psicológico a raíz de la ocurrencia del evento traumático, es decir, el desencadenamiento de un proceso de crecimiento postraumático (O'Leary, 1998).

A este respecto, la investigación demuestra que los individuos resilientes utilizan más las emociones positivas para superar las experiencias estresantes de forma rápida y efectiva (Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman y Kromhout, 2006; Linley, 2003), encuentran beneficio o significado positivo de las circunstancias negativas y tienen una tendencia autoensalzante. De igual modo, los individuos resilientes también construyen redes de apoyo social que facilitan el afrontamiento efectivo y demuestran una

recuperación cardiovascular más rápida tras verse sometidos a eventos negativos (Tugade y Fredrickson, 2007).

2.2. Encuentro de beneficio o crecimiento postraumático

La naturaleza del crecimiento postraumático puede ser interpretada desde perspectivas diferentes. Debido a la complejidad del constructo, se han desarrollado diferentes aproximaciones para abordarlo, algunas de ellas muy heterogéneas. Tales como: 1) un proceso adaptivo o ilusión positiva destinada a mitigar el dolor que el suceso traumático ocasiona (Kastenmüller, Greitemeyer, Epp, Frey y Ficher, 2012; Taylor, 1983; Zoellner y Maercker, 2006), 2) un proceso de afrontamiento orientando a aceptar las situaciones que no pueden modificarse y a realizar una reinterpretación positiva de las mismas (Prati y Pietrantonio, 2009; Tennen y Affleck, 2009), 3) un sesgo atribucional autoensalzante (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009) y 4) cambios de personalidad devenidos de la situación traumática, tales como optimismo, apertura a la experiencia, etc. (Benight y Bandura, 2004; Zoellner y Maercker, 2006).

El modelo más influyente en la actualidad es el de Calhoun y Tedeschi (1999; 2000), que defienden que el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio tiene lugar, fundamentalmente, desde la cognición.

Así, el concepto de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio, hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado de un proceso cognitivo, de lucha interior, que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Es decir, la experiencia a priori negativa, opera un cambio positivo en la persona, lo cual le lleva a experimentar una situación mejor de la que tenía antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Pero, y a pesar de ser un fenómeno común en individuos que han sufrido diferentes eventos traumáticos, no es universal. Es decir, no todas las personas que pasan por una experiencia traumática

encuentran beneficio y crecimiento personal en ella (Calhoun y Tedeschi, 1999). De acuerdo con la literatura científica, alrededor del 50-60% de las personas que pasan por un suceso traumático extraen beneficio de dicha experiencia (Bonnano et al., 2011; Hegelson et al., 2006; Linley y Joseph, 2004; 2005).

Por su parte, Lechner y Antoni (2004) defienden que el crecimiento postraumático informado, refleja en parte la adherencia a un modelo cultural determinado, por ejemplo, en los Estados Unidos es más probable que exista una mayor presión social a informar de crecimiento frente a la adversidad en supervivientes de traumas, que en Alemania u otros países europeos, debido a lo que ellos denominaron la ‘tiranía del pensamiento positivo’, es decir, la fuerte presión social existente en Estados Unidos a pensar de manera positiva. En línea con esta suposición, Steger, Frazier y Zacchanini (2008) encontraron que tras atentados terroristas, los estadounidenses informaban más crecimiento postraumático que los españoles.

2.2.1. Esferas de cambio del crecimiento postraumático o encuentro de beneficio

Tedeschi y Cahoun (2004) distinguen entre distintas esferas en las que las personas pueden experimentar crecimiento postraumático: 1) cambios en uno mismo, 2) cambios en las relaciones interpersonales y 3) cambios en la espiritualidad y la filosofía de vida. (Calhoun y Tedeschi, 1999; Tedeschi y Calhoun, 2004).

Respecto a *los cambios producidos en uno mismo*, es muy común que aparezca un aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad que pueda ocurrir en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático, el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier cosa. De igual modo, es común también que algunas personas refieran la posibilidad de redireccionar sus vidas, y embarcarse en nuevas actividades o intereses, a raíz de la lucha que han emprendido

contra la experiencia traumática. Este tipo de cambio puede encontrarse en aquellas personas que por sus circunstancias se han visto sometidas a roles muy estrictos u opresivos en el pasado (Calhoun y Tedeschi, 1999; Calhoun y Tedeschi, 2000).

La visión de uno mismo como más fuerte y poseedor de más altos niveles de autoeficacia que muchas personas experimentan en su lucha contra el trauma no conlleva necesariamente una sensación de invulnerabilidad, de hecho, paradójicamente puede coexistir con un incremento de la sensación de vulnerabilidad (Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz y Solomon, 2009).

También son comunes *los cambios en las relaciones con otros*. Suele ser habitual la aparición de sentimientos de unión hacia las personas de referencia y las que brindan apoyo social, y además se despiertan sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas. En un estudio realizado con un grupo de madres cuyos hijos recién nacidos sufrían serios trastornos médicos, los resultados demostraron que un 20% de estas mujeres decían sentirse más cercanas que antes a sus familias y que su relación se había fortalecido (Affleck, Tennen y Gershman, 1985).

Los cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida también son comunes tras la experimentación de un suceso traumático, ya que no son pocas las personas que cambian su escala de valores tras experimentar un suceso de este tipo. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática cambian también sus prioridades y valoraciones y suele apreciar el valor de cosas que antes obviaba o daba por supuestas (Forgeard, 2013; Joseph, 2011).

Las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que construimos nuestra forma de ver el mundo (Janoff-Bulman, 1992). El cambio en la filosofía vital es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática se hace consciente de su propia

mortalidad y esto puede conllevar una mayor apreciación de su realidad cotidiana y desarrollar una mayor fortaleza psicológica. Janoff-Bulman (2006) definió esta fortaleza o preparación psicológica, como una mayor capacidad psicológica para afrontar eventos traumáticos futuros.

El modelo de Tedeschi y Calhoun (2004), por tanto, sugiere que para que se produzca crecimiento postraumático se requiere de: 1) La presencia de un evento traumático suficientemente grave para desencadenar una disrupción o un estado de shock que lleve al individuo a cuestionarse sus creencias previas, 2) Un esfuerzo cognitivo para reconstruir un esquema coherente y significativo del mundo y de sí mismo, tras el shock previo, 3) El reconocimiento de que uno ha cambiado a mejor y en un sentido más significativo tras la ocurrencia del evento traumático, y 4) La atribución de ese cambio positivo al proceso de lucha iniciado tras el surgimiento del evento traumático.

El crecimiento postraumático, por tanto, no ocurre como resultado directo de la ocurrencia del evento traumático, sino como resultado de la batalla o lucha interna que el individuo libra, a nivel cognitivo, para aceptar la realidad de lo ocurrido, en la cual las creencias o esquemas previos acerca de la identidad personal, la predictibilidad, controlabilidad, benevolencia del mundo y del futuro se desmoronan, obligando a los individuos a construir nuevos esquemas más significativos y resistentes de cara al futuro y que además permitan dotar de sentido a lo ocurrido (Tedeschi y Calhoun, 2004).

2.2.2. Relación entre encuentro de beneficio o crecimiento postraumático y resiliencia

Varios autores han examinado la relación existente entre resiliencia y crecimiento postraumático. Los resultados encontrados, a este respecto, son contradictorios, pues, en contra de lo esperable, algunos autores observaron una relación inversa entre

crecimiento postraumático y resiliencia (Levine et al., 2009; Westphal y Bonanno, 2007). No obstante, investigaciones posteriores han encontrado relaciones positivas significativas entre ambos constructos (Bensimon, 2012; Nishi, Matsuoka y Kim, 2010; Ying, Wang, Lin y Chen, 2016).

Una explicación plausible de esta controversia puede deberse a las diferentes aproximaciones metodológicas al constructo de resiliencia. Los autores que evaluaron la resiliencia como ausencia de sintomatología TEPT, son los que encontraron relaciones significativas negativas entre la resiliencia y el crecimiento postraumático. Dado que el crecimiento postraumático se ha asociado positivamente con sintomatología TEPT y niveles moderados de malestar (Bensimon, 2012; Hegelson et al., 2006; Pietrzak et al., 2010; Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014), esta podría ser la explicación de las relaciones negativas encontradas.

En aquellos estudios en los que la resiliencia ha sido conceptualizada y evaluada no como la mera ausencia de sintomatología TEPT, sino como un conjunto de características o recursos personales que protegen a las personas frente a la adversidad al ayudarles a gestionar y enfrentarse con éxito a las situaciones adversas, tales como el optimismo, el afecto positivo, sentido de coherencia, estrategias de afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social, autoeficacia, etc. (Bonanno, 2004; Tedeschi y Calhoun, 2004), las relaciones observadas entre la resiliencia y crecimiento postraumático o encuentro de beneficio fueron significativamente positivas (Bensimon, 2012; Nishi et al., 2010; Ying et al., 2016).

Estas características o recursos psicosociales, por tanto, permiten a las personas emerger tras un trauma con un menor impacto psicológico y mantener niveles de funcionamiento saludables iguales a los que presentaban antes de la ocurrencia del evento traumático. Es decir, las personas resilientes son más capaces de mitigar el

impacto del evento traumático. Los resultados demuestran que puntuaciones altas en resiliencia se asocian negativamente con el TEPT. Es decir, los individuos con alta capacidad de resistencia frente a la adversidad tienen menos riesgo de desarrollar TEPT (Bonanno, 2004; Connor y Davidson, 2003) y son más propensos a encontrar beneficio de la situación traumática (Nishi et al., 2010; Taku, 2014; Ying et al., 2016).

Por su parte, el crecimiento postraumático o la capacidad para encontrar beneficios en las situaciones adversas se ha asociado con TEPT (Helgelson et al., 2006). El crecimiento postraumático o encuentro de beneficio ha sido considerado como una consecuencia del TEPT y del trauma experimentado (Hobfoll et al., 2009). Así, los resultados sugieren que, ante un evento traumático, la resiliencia favorece el crecimiento postraumático a través de dos vías, directamente como consecuencia de los recursos psicosociales de los que dispone el sujeto, como las estrategias de afrontamiento activas o el apoyo social, o bien, por el efecto mediador del TEPT, como desencadenante del proceso de crecimiento postraumático (Bensimon, 2012; Nishi et al., 2010; Yu et al., 2014).

2.2.3. Factores cognitivos que intervienen en el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático

Existen diferentes modelos teóricos que han abordado los procesos mentales que desencadenan los procesos de crecimiento postraumático.

Para Joseph y Linley (2006) las experiencias adversas propician un proceso de ruptura o desorganización de los esquemas conceptuales previos que incrementan el arousal o activación psicológica, generando un alto malestar emocional. Esta situación desencadena un proceso cognitivo orientado a restablecer el equilibrio y coherencia en los esquemas mentales. Entendemos por esquema un conjunto de reglas, creencias y

teorías que dan un sentido coherente a la experiencia y que permiten formular interpretaciones que van más allá de la evidencia que nos proporcionan los sentidos.

Para estos autores, en la línea de lo contemplado en las teorías de procesamiento de la información (Hollon y Garber, 1988), el evento traumático solo puede ser procesado a través de la asimilación o la acomodación del mismo. La asimilación se produce cuando no existen modelos o esquemas previos donde integrar la nueva información, por lo que el sujeto tiene que construirlos desde cero en virtud de la nueva información e integrarlos conformando así un nuevo esquema o modelo mental. La acomodación se produce cuando los individuos tienen que integrar la nueva información a esquemas mentales ya existentes. Cuando la información preexistente y la nueva información proveniente del evento traumático difieren, se produce una disonancia cognitiva. Es decir, el individuo mantiene simultáneamente información contradictoria que le provoca fuertes sentimientos de malestar. Es por esto, que el individuo debe afrontar un proceso cognitivo orientado a solventar esta situación discrepante. La acomodación, por tanto, requiere que los individuos modifiquen sus creencias previas con objeto de integrar la nueva realidad (Janoff-Bulman, 1992; 2006).

Tanto en los procesos de asimilación como de acomodación que los individuos llevan a cabo, en aras a reestablecer sus esquemas cognitivos previos, hay un elemento que cobra especial relevancia, y es el de extracción de significado o sentido a la experiencia, entendido esta desde una dimensión filosófica o espiritual (Janoff-Bulman, 2006).

Tras la experimentación de un trauma se producen cambios en las creencias y esquemas cognitivos en torno a cómo las personas entendían el funcionamiento del mundo. El crecimiento postraumático es, por tanto, el resultado de un esfuerzo cognitivo de redefinición de estas creencias previas a la ocurrencia del evento

traumático. En este proceso de redefinición de creencias, los individuos posiblemente reexaminen diferentes aspectos de sus vidas que les lleven a crecer en diferentes facetas, tales como, una mayor apreciación de la vida, una mayor percepción de su propia fortaleza, mayor calidad en las relaciones con otros, sentimientos religiosos o de espiritualidad y a valorar itinerarios vitales alternativos (Tedeschi y Calhoun, 1996; 2004).

Como comentábamos previamente, las investigaciones, en este ámbito, sugieren que es necesario realizar un trabajo cognitivo por parte de quien experimenta el suceso traumático, es decir, debe producirse una asimilación e integración de dicho evento en las estructuras cognitivas previas de la persona (Janoff-Bulman, 1992; 2006). Para que esto se produzca el individuo desencadena un patrón de pensamiento repetitivo o rumiativo que tiene como objetivo, en última instancia y en virtud de la revisión de las discrepancias o disonancias cognitivas experimentadas por los individuos, reconstruir nuevos esquemas mentales más adaptativos y significativos (Calhoun, Cann, Tedeschi y MacMillan, 2000).

Se han observado diferentes tipos de categorización de las personas en función de su intento de resolución respecto del evento traumático.

La primera categoría, engloba a todos aquellos individuos que han llevado a cabo un proceso de búsqueda de significado, reportando cambios positivos a raíz de la experiencia traumática, tales como mayor fortaleza o un mayor aprendizaje de ellos mismos. Esta categoría estaría más relacionada con crecimiento postraumático (Davis y Nolen-Hoeksema, 2009).

Una segunda categoría, engloba a todos aquellos individuos que han iniciado un proceso de búsqueda para extraer sentido de la experiencia sin éxito, incapaces, por

tanto, de encontrar ningún sentido a la misma, ni extraer ningún beneficio, ni cambio positivo o crecimiento.

Una tercera categoría sería la referente a todos aquellos individuos que todavía se encuentran en el proceso de búsqueda de significado.

La cuarta categoría es la que recoge a los individuos que no han realizado ningún intento de dotar a la experiencia de sentido, pero informan de un crecimiento postraumático moderado, sobre todo en la dimensión de cambios positivos en la filosofía vital. Estos individuos describieron cambios positivos en el sentido de experimentar una mayor apreciación de la vida, lo que les llevaba a disfrutar más del momento presente, pero no mostraron cambios en la dimensión de la identidad personal. Parece, por tanto, que no necesitaron llevar a cabo un proceso cognitivo para integrar los acontecimientos traumáticos, quizá porque aceptaron los sucesos negativos como parte de la vida (Davis y Nolen-Hoeksema, 2009).

Una importante distinción que se ha hecho sobre el pensamiento rumiativo o repetitivo, ha sido la de pensamiento deliberado versus pensamiento intrusivo (Cann et al., 2010).

El pensamiento rumiativo intrusivo hace referencia a las imágenes o pensamientos acerca del evento traumático, que se desencadenan de forma automática y recurrente a raíz de la ocurrencia del suceso. Por su parte, el pensamiento intrusivo deliberado, se entiende como el proceso cognitivo iniciado por el individuo de forma intencional, voluntaria y, por tanto, dirigida a intentar comprender y asimilar las repercusiones del trauma (Tedeschi y Calhoun, 1996; 2004; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

El modelo de Triplett y colaboradores (2012) sobre el crecimiento postraumático, establece que los desafíos producidos en las creencias o en la visión del mundo, como consecuencia del evento traumático, suponen un punto de partida para que se desencadene el proceso de crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 2010; Janoff-Bulman, 2006; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun y Reeve, 2012). Así, las amenazas a las creencias o esquemas nucleares como consecuencia de la situación traumática, desencadenan los pensamientos rumiativos intrusivos, lo cual suele suceder inmediatamente tras la experimentación del trauma. Esta fase se asocia con un intenso malestar emocional y ausencia de significado vital (Hegelson et al., 2006).

Normalmente los pensamientos rumiativos intrusivos, posteriores a la ocurrencia del trauma, dan paso con el transcurso del tiempo a un tipo de pensamiento más deliberado y, por tanto, dirigido y controlado por el individuo. El estilo de pensamiento deliberado, caracterizado por intentos específicos por comprender qué ha pasado y por extraer beneficios a la situación dotándola de significación, tiene más probabilidades de promover el crecimiento postraumático que el pensamiento rumiativo intrusivo, ya que el primero se orienta, de manera intencionada, en comprender la experiencia traumática, encontrarle un significado y, en última instancia, generar una narrativa vital alternativa. El pensamiento deliberado, por tanto, provee de la oportunidad de descubrir nuevas formas de entender sus vidas y de llevar a cabo una revisión profunda del sentido o propósito de su existencia, lo cual genera mayores niveles de satisfacción y de bienestar psicológico, a medio y largo plazo (Affleck y Tennen, 1996; Tedeschi y Calhoun, 2004).

Ambos tipos de pensamientos son considerados como reacciones normales ante la ocurrencia de evento traumático intenso (Cann et al., 2010). En el otro extremo, están los pensamientos intrusivos que persisten en el tiempo y que pueden llegar a ser

obsesivos, ya que reflejan aspectos no resueltos devenidos de una mala gestión emocional, convirtiéndose, por tanto, en predictores de malestar psicológico y no en indicadores de un proceso de crecimiento postraumático (Affleck y Tennen, 1996; Cann, et al., 2010).

No obstante, y a pesar de que algunos autores han observado la coexistencia de crecimiento postraumático y malestar emocional (Hegelson et al. 2006), todo apunta a que la relación entre estas dos variables está mediada por la capacidad de extraer sentido de la experiencia o dotarla de significación (Triplett et al. 2012; Janoff-Bulman, 1992).

La extracción de significado es un proceso que se inicia tras la ocurrencia del evento traumático. Este evento supone una incoherencia con las creencias previas que se tenían acerca de por qué, cómo y cuándo suceden los eventos, es decir, con respecto al esquema cognitivo previo a través del cual el individuo concibe su mundo y las reglas que lo gobiernan. Es a través de una revisión de estas creencias, previamente asumidas por el individuo, de donde se pueden derivar explicaciones que permitan a la persona extraer sentido de lo ocurrido y asumir la realidad dotándola de una nueva significación y propósito. La presencia de estas explicaciones permite, por tanto, la construcción de una nueva visión o forma del ver el mundo, que constituyen los cimientos sobre los cuales se producirá el crecimiento postraumático (Triplett et al. 2012).

En resumen, el pensamiento rumiativo, especialmente el deliberado, promueve el cambio en las creencias nucleares previas de los individuos de cara a acomodar la nueva realidad, lo cual implica cierto nivel de resolución (Newman, Riggs y Roth, 1997). La revisión del sistema de creencias tras la experimentación del suceso traumático puede ser promovida mediante las aportaciones o apoyos de otras personas, que favorezcan procesamiento cognitivo de lo acontecido, brindando así a la persona la oportunidad de tener un contacto cercano con modelos socioculturales que le ayuden en

la resolución del conflicto (McMillen y Cook, 2003). El término resolución sugiere que existe un intento de extraer sentido o dotar de significado al evento traumático (Tedeschi, Calhoun y Cann, 2007). No obstante, a pesar de que mucha gente tiene la capacidad de extraer sentido de lo que ha ocurrido, otras muchas personas no logran extraer sentido a dichas experiencias.

No obstante algunos autores, han encontrado que no todas las dimensiones que aglutinan el constructo de crecimiento postraumático se asocian con el pensamiento deliberado o la revisión de creencias nucleares previas, sugiriendo, por tanto, que en el proceso de crecimiento postraumático intervienen otros factores, además de los cognitivos, que bien podrían ser factores contextuales, como las características del evento traumático, además de las diferencias personales, tales como resiliencia, competencia o factores de personalidad (Taku y Oshio, 2015). Otros autores, por su parte, han encontrado asociaciones significativas entre el crecimiento postraumático y el “engagement” o compromiso significativo con las actividades diarias (Chun y Lee, 2008).

Recientemente, se ha sugerido la influencia de una nueva variable cognitiva relacionada con el crecimiento postraumático, la centralidad del evento traumático, entendida esta como el nivel por el cual un individuo cree que un evento negativo puede constituir una parte central de su identidad.

Un evento negativo central suele ser considerado como un punto de inflexión en la historia vital de una persona, a partir del cual, se desencadena un proceso de reestructuración de identidad personal en torno al evento traumático. Es decir, la centralidad del evento se refiere a la capacidad que las personas tienen para verse a sí mismas, parcial o exclusivamente, como alguien que ha sufrido un evento traumático (Berntsen y Rubin, 2006).

La centralidad del evento ha sido tradicionalmente asociada con malestar emocional y la presencia de sintomatología psicológica. Concretamente, Berntsen y Rubin (2006) encontraron que la centralidad de un evento negativo correlacionaba positivamente con el TEPT, depresión, ansiedad y disociación. Otros autores, han encontrado resultados similares (Boals y Schuettler, 2011).

Otros investigadores observaron que la centralidad del evento traumático correlacionaba positivamente con los síntomas del TEPT, incluso cuando se controlaba la exposición al evento traumático. Es decir, la varianza en los síntomas del TEPT, producida por la centralidad del evento negativo era mayor, que la explicada por altos niveles de exposición al trauma. Estos autores sugieren, a tenor de los resultados, que la incorporación del evento traumático negativo en la identidad personal ejerce un impacto mayor en el subsiguiente desajuste psicológico, que el evento traumático por sí mismo. (Bernard, Whittles, Kertz y Burke, 2014; Groleau, Calhoun, Cann y Tedeschi, 2013). Es decir, se pone de manifiesto una vez más el papel relevante de los procesos cognitivos a la hora de asumir e integrar el suceso traumático en los esquemas mentales previos.

No obstante, últimas investigaciones, en un intento por profundizar en este constructo, han intentado estudiar también la relación existente entre la centralidad del evento y el crecimiento postraumático. Boals y Schuettler (2011) encontraron, en una muestra de 929 estudiantes, que la centralidad del evento negativo paradójicamente también predecía el crecimiento postraumático, después incluso, de controlar los síntomas depresivos y del TEPT, concluyendo que la centralidad del evento traumático puede servir para desencadenar un proceso de crecimiento postraumático. Por su parte, Groleau y colaboradores (2013) también encontraron que la centralidad del evento traumático predecía ambas variables, es decir, tanto el crecimiento postraumático, como

el TEPT. De igual modo, no encontraron relación entre el TEPT y el crecimiento postraumático, lo cual sugiere que, aunque la centralidad pueda contribuir al desarrollo de ambas, el TEPT y el crecimiento postraumático pueden existir independientemente uno del otro. La misma alteración cognitiva puede producir TEPT y desencadenar los procesos que conducen al crecimiento postraumático. No obstante, aunque el catalizador inicial pueda ser el mismo en ambos casos, las rutas de acceso al TEPT y al crecimiento postraumático involucran diferentes factores mentales (Calhoun y Tedeshi, 2010).

Un factor importante que parece puede contribuir a un mayor o menor crecimiento es la posibilidad de codificar el evento traumático como un evento positivo o desafiante versus negativo o amenazante. Los resultados sugieren que construir una identidad centrada en percibir los sucesos traumáticos vividos como amenazantes puede considerarse un factor de riesgo de un inadecuado ajuste psicológico. Por contraposición, la centralidad de los eventos traumáticos en términos desafiantes, en la construcción de la identidad, favorecería el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio (Berntsen, Rubin, y Siegler, 2011).

2.2.4. Diferencias entre encuentro de beneficio y crecimiento postraumático

Como comentábamos anteriormente el crecimiento postraumático y los beneficios percibidos guardan ciertas similitudes conceptuales y se han utilizado de manera indistinta en la mayoría de los estudios. No obstante, algunos investigadores sugieren que son constructos diferentes, aunque no existe suficiente evidencia empírica al respecto.

Según la Teoría de Gestión del Terror (Greenberg, Solomon y Pyszczynski, 1997), los seres humanos son conscientes de su propia mortalidad, la cual les provoca sentimientos de ansiedad o terror. Para gestionar este malestar los seres humanos

adoptan diferentes creencias para explicar el mundo y dotar de sentido a su existencia y, por ende, a su mortalidad. Estas creencias, normalmente heredadas de la cultura en la que están inmersos, protegen a los individuos del miedo a la muerte. Algunas de estas creencias son, por ejemplo, la noción de un mundo justo o la percepción de controlabilidad de los eventos que les ocurren. En este sentido, diferentes estudios han demostrado que cuando se expone a los individuos a pensar sobre la muerte o a enfrentarse a ella, se incrementan los intentos de éstos por proteger su autoestima o identidad y reafirman de sus creencias previas en torno a su visión del mundo, a través del encuentro de beneficio de la situación adversa (Davis y Nolen-Hoeksema, 2009). En el otro extremo, estarían los individuos que aceptan la mortalidad como parte inherente de la vida, esta aceptación y subsiguiente acomodación cognitiva se relacionaría con crecimiento postraumático, e implicaría cambios vitales profundos. Es decir, algunos autores consideran que la diferencia entre ambos constructos radica en que el encuentro de beneficio sería ilusorio, en el sentido de que no hay un cambio de creencias real, ni aceptación de la mortalidad, sino un intento de protección del ego o identidad previa, mientras que el crecimiento postraumático emergería tras la aceptación de la mortalidad, como parte inherente de la vida, y la posterior búsqueda de sentido vital autotranscendente.

Así, desde este modelo, se considera que el encuentro de beneficio es un intento por reafirmarse frente a la adversidad, lo que le lleva a percibirse a sí mismo mejor o más fuerte tras la experiencia traumática, centrándose en los aspectos positivos (percepción de beneficios) y reafirmando así sus esquemas mentales previos, pero no existe una modificación o acomodación cognitiva de la nueva realidad. Este proceso, por tanto, no supone un cambio transcendental en los objetivos vitales previos ni en su visión del mundo y/o de sí mismo, ya que el individuo lleva a cabo un proceso de

afrontamiento orientado a reafirmar sus esquemas previos, lo cual le facilita la percepción de beneficios de la situación adversa. Es decir, se produciría una asimilación de la experiencia traumática, o encuentro de beneficio, pero no un crecimiento postraumático real al no acomodarse el evento traumático a los esquemas cognitivos existentes. Es por esto que algunos autores consideran que el encuentro de beneficio es ilusorio, dado que está dirigido a reafirmar las creencias previas frente a la situación adversa, como un mecanismo para proteger el ego y sus esquemas cognitivos, frente al crecimiento postraumático, que supondría una modificación más profunda y arraigada de creencias preestablecidas.

En esta línea, Zoellner y colaboradores (2008) mantienen que el crecimiento postraumático no es un constructo unitario, sino que éste puede manifestarse en cualquiera de sus dos facetas (Zoellner, Rabe, Karl y Maercker, 2008).

Una de sus facetas, es considerada por algunos autores como un falso crecimiento, en el sentido de que éste no es real sino que es atribuido a ilusiones positivas distorsionadas de crecimiento, que cumplen la función de mitigar el dolor inicial, al servir de placebo para contrarrestar el malestar emocional. Desde la perspectiva de la Teoría de la Adaptación Cognitiva (Taylor, 1983), este tipo de crecimiento informado por los individuos, sería una ilusión o mecanismo de defensa que permite paliar el malestar experimentado, proteger la autoestima y dotar al individuo de cierta sensación de control, a través del encuentro de beneficio tras la situación adversa, bien imaginando situaciones peores o bien mediante la comparación con otros individuos más desfavorecidos. El crecimiento, desde esta perspectiva, no es real, en el sentido descrito por Tedeschi y Calhoun (2004), ya que la función que cumple es la de proteger la identidad o autoestima del individuo frente a la amenaza externa, pero no desencadena un proceso de transformación cognitiva.

En el otro lado, estaría el crecimiento postraumático constructivo y autotranscendente, que es tradicionalmente considerado como el auténtico crecimiento y que ha sido definido por Tedeschi y Calhoun (1996; 2004) como el esfuerzo cognitivo o proceso de reestructuración de las creencias que la persona lleva a cabo tras la ocurrencia del suceso traumático.

Zoellner y colaboradores (2008) sugirieron que las dos facetas de crecimiento postraumático podrían ser capturadas por los constructos de optimismo y apertura a la experiencia, siendo el optimismo el que representaría la faceta distorsionada o ilusión positiva, y la apertura a la experiencia la que se asociaría con el lado constructivo. Así parece que las personas que presentan altos niveles de optimismo disposicional utilizan más ilusiones positivas y tendencias autoensazantes que las personas menos optimistas. (McFarland y Álvaro, 2000). Por su parte, Lechner y Antoni (2004) encontraron en una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, que muchas de las percepciones o manifestaciones de crecimiento postraumático, no eran verídicas en realidad, sino que respondían a una necesidad de pensar positivamente. Parece, por tanto, que las personas más optimistas tienden a percibir un mayor crecimiento postraumático, no porque éste se produzca necesariamente, sino por la presencia generalizada en las personas optimistas de expectativas de resultados favorables.

Por otro lado, la apertura a la experiencia es una variable de personalidad definida como la tendencia generalizada a mostrar un alto interés ante nuevas situaciones, nuevas ideas y nuevas experiencias. Las personas que puntúan alto en apertura a la experiencia son imaginativas, flexibles, creativas, intelectualmente curiosas y emocionalmente comprometidas (McCrae y Costa, 1985). La apertura hacia nuevas experiencias permite desarrollar una fuerte habilidad para gestionar la incertidumbre de la vida de una manera efectiva, permite también conocer la naturaleza del cambio y

asumirlo como parte inherente del desarrollo personal en vez de luchar contra él. Los individuos con este rasgo de personalidad son más capaces de hacer frente a la adversidad y de albergar cambios en ellos mismos siendo, por lo tanto, capaces de alcanzar un crecimiento postraumático verdadero, ya que suelen ser más propensos a pensar de una manera deliberada acerca de las consecuencias y el impacto que el evento traumático ha generado en sus vidas (Tedeschi y Calhoun, 1996).

Para Davis y Nolen-Hoeksema (2009) el encuentro de beneficio es más común que el crecimiento postraumático, pero es más transitorio y accidental. Este, surge tras la experimentación de los individuos de situaciones adversas, e incluye aspectos tales como mejoras en las relaciones sociales, un mejor ajuste psicológico o adaptación a la nueva realidad, a través de la percepción de nuevas posibilidades o cambios en las prioridades. Sin embargo, el crecimiento postraumático está más relacionado con cambios positivos más arraigados que conllevan un mayor compromiso con objetivos vitales más profundos. Estos cambios suponen una modificación, al menos parcial, en la identidad personal o en la narrativa vital, lo cual supone cambios conductuales claramente percibidos por otros, y más estables en el tiempo.

Por último, otros autores han argumentado que el crecimiento postraumático se produce como resultado de una disonancia cognitiva, desde la cual el individuo lleva a cabo un esfuerzo para reducir el malestar cognitivo experimentado como consecuencia de la experiencia traumática (Fromm, Andrykowski y Hunt, 1996).

El crecimiento postraumático, por tanto, requiere un procesamiento activo del evento traumático y tiempo para establecer nuevos objetivos vitales, para extraer progresivamente significado o sentido de la experiencia. Por tanto, mientras que los beneficios percibidos surgen relativamente pronto tras la ocurrencia del evento traumático, y a través de diferentes procesos, el crecimiento postraumático, en la línea

de lo propuesto por Tedeschi y Calhoun (2004), surge tras la ocurrencia de eventos traumáticos que impactan tanto en el sujeto, que precipitan una disrupción en la visión de sí mismo y del mundo que él percibía, lo que desencadena un proceso cognitivo a través del cual el individuo intenta extraer significado a lo ocurrido y acomodar dicha experiencia traumática en sus esquemas mentales previos, lo cual deriva en un cambio profundo de sus creencias y su visión del mundo, que le lleva a modificar su sistema de valores y a establecer nuevos objetivos vitales, estableciendo un mayor compromiso para con ellos (Davis y Nolen-Hoeksema, 2009).

El crecimiento postraumático, para algunos autores, no es un simple establecimiento de nuevas prioridades o la adopción de una nueva filosofía de vida, implica un cambio vital profundo que supone una modificación de los objetivos previos, de tal modo, que el individuo al cambiar la visión del mundo y de sí mismo reorienta su comportamiento hacia la consecución de estos nuevos objetivos intrínsecamente más significativos. Para estos autores, por tanto, el crecimiento postraumático implica acción, no únicamente una reestructuración cognitiva positiva o un afrontamiento efectivo de la situación, supone que la persona oriente su conducta hacia los nuevos objetivos vitales establecidos resultado del esfuerzo cognitivo realizado tras la ocurrencia del evento traumático (Davis y Nolen-Hoeksema, 2009).

Davis, Nolen-Hoeksema y Larson (1998) y Davis y Nolen-Hoeksema (2001) también encontraron diferencias entre los constructos de extracción de significado y encuentro de beneficio. Estos autores realizaron un estudio longitudinal con una muestra de personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido y observaron que la extracción de significado de la experiencia de pérdida se daba en los primeros seis meses de la misma, dentro del proceso de afrontamiento que los individuos llevaban a cabo. Las variables que mejor predecían la capacidad para extraer significado eran

aquellas relacionadas con la propia situación de pérdida. Es decir, correlacionaba, por un lado, con las creencias religiosas previas de los sujetos, y por otro, con determinadas características de la pérdida, como por ejemplo, la edad del difunto. Por su parte, el encuentro de beneficio surgió más tarde en el proceso de afrontamiento y estaba fuertemente asociado con factores psicológicos previos, y no tanto con las características de la pérdida, como por ejemplo, el nivel de optimismo previo a la pérdida (Linley y Josep, 2004; 2005; Hegelson et al. 2006; Stanton, Bower y Low, 2006) y un estilo de afrontamiento más reflexivo (Nolen-Hoeksema y Davis, 2004). En este sentido, más recientemente, se ha encontrado que los estilos de afrontamiento previos al trauma son fuertes predictores de los procesos de crecimiento postraumático (Su y Chen, 2015).

En resumen, los modelos que contemplan la experiencia de crecimiento postraumático como real, describen este proceso como un proceso intencionado resultado de la acomodación del evento traumático a las creencias previas del sujeto, promoviendo cambios positivos en la percepción de sí mismo, en su relación con los otros y en su filosofía vital. Por el contrario, los modelos que conciben el crecimiento postraumático como una ilusión o como encuentro de beneficio, describen el crecimiento en términos de asimilación de la experiencia traumática, la cual no conlleva cambios profundos en la identidad personal, sino una distorsión en la percepción de uno mismo, produciéndose un sesgo atribucional autoensalzante, de carácter transitorio, que compensa o protege la identidad del sujeto y su autoconcepto (Sumalla et al., 2009).

No obstante, y a pesar de que algunos autores consideran que ambos constructos son diferentes, no existe suficiente evidencia empírica que lo avale, por lo que en nuestro estudio los utilizaremos de manera indistinta, ya que lo que sí parece claro es que ambos conceptos se relacionan, ya que cuándo mayores son los beneficios que se

extraen de las situaciones adversas mayor es la probabilidad de que se desarrolle crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 1999; Mols, Vingerhoets, Coebergh y Van de Poll-Franse, 2009).

2.2.5. Factores que favorecen el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático

Entre los factores predictores del encuentro de beneficio o crecimiento postraumático que se han encontrado en la literatura científica se encuentran variables psicológicas, sociales y demográficas.

Las variables demográficas que guardan una relación positiva con el encuentro de beneficio son la juventud (Piertzak et al, 2010), el matrimonio (Mitchell, Gallaway, Millikan y Bell, 2013) y pertenecer a una minoría étnica (Hegelson et al., 2006; Mitchell et al., 2013). En relación a las minorías étnicas, la literatura científica ofrece diferentes perspectivas teóricas para explicar estos resultados empíricos. Para Hegelson y colaboradores (2006) el hecho de que las minorías étnicas sean más propensas a experimentar crecimiento postraumático puede deberse a su historia vital de discriminación y adversidades socioeconómicas, entre otras, que puede proporcionarles oportunidades de crecimiento y una mejora en la capacidad para dotar de significado las adversidades de la vida. Otros autores consideran que la fuerte asociación entre estas dos variables se debe a que la religión y espiritualidad tienden a jugar un papel central en la vida de las personas pertenecientes a minorías étnicas (Blaine y Crocker, 1995; Hijazi, Keith y O'Brien, 2015) y otros, por su parte, han destacado el papel mediador del apoyo social, al considerar la posibilidad de que la religión sirva para proporcionar apoyo social y para dotar de sentido y significación a la experiencia traumática (Joseph, 2011; Thomas y Savoy, 2014).

Otra variable moderadora que se ha observado media la relación entre ambas variables, es el optimismo o expectativa generalizada de resultados favorables.

Diferentes estudios realizados con pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y SIDA han encontrado que la relación positiva entre el crecimiento postraumático y el ajuste psicosocial era mayor en las mujeres que puntuaban alto en optimismo (Rini et al., 2004; Stanton, Danoff-Burg y Huggings, 2002). No obstante, Milam (2006) realizó un estudio longitudinal con pacientes diagnosticados de SIDA, con objeto de averiguar la influencia que tenían las variables, pesimismo y optimismo, en el desarrollo de la enfermedad y encontró que los pacientes que no mantenían fuertes expectativas, ni positivas ni negativas, eran quienes más beneficios encontraban de su situación, lo cual puede deberse a que los pacientes que no mantenían expectativas de ningún tipo, eran más receptivos al cambio y tenían más experiencias de gratitud y apreciación de la vida.

Widows, Jacobsen, Booth-Jones y Fields (2005) analizaron en una muestra de pacientes oncológicos, que iban a ser intervenidos quirúrgicamente con un transplante de médula, qué variables actuaban como predictores de crecimiento postraumático en esta muestra, y encontraron que las variables que predecían encuentro de beneficio después de la intervención quirúrgica, fueron la juventud, el bajo nivel educativo, las estrategias de reestructuración cognitiva positiva, las orientadas a la resolución de problemas y la búsqueda de aspectos positivos o expectativas de resultados favorables.

Rinaldis, Pakenham y Lynch (2010) en su estudio longitudinal evaluaron la relación entre el encuentro de beneficio, el afrontamiento, el estrés y la calidad de vida percibida en una población de pacientes diagnosticados de cáncer de colon en dos momentos temporales diferentes (4,5 meses y 12 meses postdiagnóstico, respectivamente). Los resultados mostraron que el encuentro de beneficio y las estrategias de afrontamiento son dos constructos diferentes, si bien, fuertemente relacionados. En su estudio, encontraron que el afrontamiento activo estaba influido por el nivel de amenaza percibida y el optimismo, e impactaba directamente en el afecto

positivo tanto en el corto como en el largo plazo, mientras que el encuentro de beneficio estaba determinado por una percepción de nivel de amenaza menor, un mayor apoyo social percibido y un afrontamiento más activo, e impactaba directamente en la calidad de vida percibida, también en el corto y en el largo plazo.

Otra variable cognitiva que se ha relacionado positivamente con el crecimiento postraumático es la flexibilidad cognitiva, entendida como la conciencia de alternativas diferentes a la hora de afrontar una situación determinada, lo que deviene, a su vez, en una mejor adaptación al entorno (Hijazi et al., 2015). En este sentido, la investigación demuestra que los pacientes con TEPT tienden a tener un procesamiento de la información más rígido y pensamientos más rumiativos e intrusivos (Van der Kolk, 1997; Joseph y Gray, 2011). Por el contrario, los estudios muestran que una mayor flexibilidad cognitiva se asocia con una mejor gestión del estrés y un mejor ajuste a largo plazo frente a la adversidad (Bonnano, Papa, Lalande, Westphal y Coifman, 2004), una mayor satisfacción con la vida después del evento traumático (Metzl, 2009), una disminución en la probabilidad de desarrollar TEPT (Qouta, El-Sarraj y Punamäki, 2001) y una mayor probabilidad de experimentar crecimiento postraumático o encuentro de beneficio (Hijazi et al., 2015).

Hijazi y colaboradores (2015) consideran que el procesamiento cognitivo que se desencadena a raíz de un evento traumático requiere de una gran capacidad de flexibilidad cognitiva para incorporar nueva información a los esquemas cognitivos, integrar elementos discrepantes y tolerar creencias complejas o contradictorias. De igual modo, algunos autores han destacado que el vínculo entre la flexibilidad cognitiva y el crecimiento postraumático podría estar moderado por la autocompasión (Martin, Staggars y Anderson, 2011).

La autocompasión es un concepto formulado por Neff (2003) que hace hincapié en la importancia de las emociones hacia uno mismo y en los sentimientos de conexión con la humanidad, en contraste con la crítica hacia uno mismo y hacia otros. La autocompasión se ha relacionado positivamente con el bienestar y negativamente con el afecto negativo, la depresión y la ansiedad (Barnard y Curry, 2011). En este sentido, se ha vinculado la flexibilidad cognitiva con mayores niveles de autocompasión. Por otro lado, parece que las personas más autocompasivas son más capaces de sentir la cercanía y conexión con los demás. Esta, a su vez, es una de las dimensiones del crecimiento postraumático, por lo que parece lógico, que una mayor autocompasión favorezca el crecimiento postraumático.

Aunque la relación encontrada entre la flexibilidad cognitiva y el crecimiento postraumático es correlacional, algunos autores, han sugerido que un aumento de la flexibilidad cognitiva podría favorecer el crecimiento postraumático (Hijazi et al., 2015).

2.2.6. *Encuentro de beneficio y salud*

En la actualidad no existen muchos estudios que hayan examinado la relación entre encuentro de beneficio o crecimiento postraumático y salud física. No obstante, algunos autores han encontrado asociaciones entre encuentro de beneficio y menores tasas de cortisol en sangre (Cruess et al., 2000) y una mayor proliferación de linfocitos (McGregor et al., 2004), medida que se ha relacionado con una mejor respuesta inmune. De igual modo, el crecimiento postraumático también se ha asociado con descensos en el umbral de dolor en una muestra de pacientes oncológicos y con lupus (Katz, Flasher, Cacciapaglia y Nelson, 2001). Estos resultados sugieren que el crecimiento postraumático podría estar asociado con alteraciones en determinados marcadores fisiológicos.

En el metaanálisis de Sawyer, Ayers y Field (2010) se examinó la relación entre el encuentro de beneficio, ajuste psicológico y salud física en una muestra de pacientes oncológicos y con VIH. A pesar de la variabilidad en los tamaños del efecto de este análisis, los resultados demostraron una relación positiva entre el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio y la salud mental positiva y una relación moderadamente negativa entre el encuentro de beneficio y la salud mental negativa. En relación a las medidas de salud física, los resultados sugieren que existe una asociación positiva entre encuentro de beneficio y una mejor salud física subjetiva. Lo cual implica, que el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio puede conferir algún beneficio físico también.

En una muestra de pacientes diagnosticados de SIDA, se observó que aquellos que reportaban un mayor crecimiento espiritual y mayor apreciación de la vida tenían respuestas de afrontamiento del estrés más eficientes, a nivel fisiológico (Epel, McEwen, Ickovics, 1998). De igual modo, aquellos pacientes con SIDA que percibían sus crisis de salud como positivas o desafiantes eran menos propensos a tener un rápido descenso en sus niveles de linfocitos T helper y tenían niveles significativamente más bajos de mortalidad (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998). Los linfocitos T de helper se han relacionado con un adecuado funcionamiento del sistema inmunológico.

También se ha estudiado la relación entre el crecimiento postraumático y algunos indicadores fisiológicos de salud, como el descenso en los niveles de cortisol en una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en un tratamiento cognitivo-conductual de gestión del estrés (Cruess et al., 2000). De igual modo, se ha observado relación entre el crecimiento postraumático y el incremento de células *killer* generadas por el sistema inmunológico para luchar contra la enfermedad en mujeres con cáncer de mama (Bower, Low, Moskowitz, Sepah y Epel, 2008), así como un incremento en la

proliferación de linfocitos (McGregor et al., 2004), lo cual sugiere que podría existir un perfil fisiológico resiliente que se dispara para contrarrestar los efectos del estrés e incrementa las respuestas del sistema inmunológico.

Otro enfoque que ha estudiado la relación entre crecimiento postraumático y salud, ha sido el que ha analizado la relación entre este y las conductas de salud emitidas. Luszczynska, Sarkar y Knoll (2007) encontraron que el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio predecía significativamente la tasa de adherencia a la terapia antirretroviral en personas diagnosticadas con VIH. Por otra parte las mujeres con cáncer de mama han descrito cambios positivos en comportamientos relacionados con la salud y el autocuidado, como resultado de su enfermedad (Sears, Stanton y Danoff-Burg, 2003). En este sentido, se ha sugerido que además de los cambios inherentes asociados a crecimiento postraumático, también se han observado cambios positivos en las conductas de salud emitidas, tras la emisión de un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal (Sawyer et al., 2010).

2.2.7. Encuentro de beneficio en pacientes cardiacos

Aunque los estudios son todavía escasos, las evidencias hasta la fecha sugieren que el encuentro de beneficio podría jugar un papel determinante en el bienestar y el estado de salud de los pacientes cardiacos.

A este respecto, se ha encontrado que aquellos pacientes cardiacos que informaban de mayores beneficios percibidos, siete semanas después de sufrir un infarto cardiaco, redujeron su probabilidad de sufrir otro ataque cardiaco y presentaban menores niveles de morbilidad, ocho años después (Affleck, Tennen, Croog y Levine, 1987). También se ha observado que los pacientes cardiacos, con mayores puntuaciones en encuentro de beneficio tenían mayores niveles de adherencia a los programas de

rehabilitación cardíaca y acudían menos a los servicios de urgencia y más a las visitas estandarizadas con el cardiólogo (Leung et al., 2012).

Se han propuesto diferentes mecanismos fisiopatológicos para explicar la relación entre los factores psicológicos y los resultados cardiovasculares, incluyendo la desregulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, activación plaquetaria e inflamación (Cohen et al., 2012). Los marcadores inflamatorios circulantes son importantes predictores de riesgo cardiovascular, porque se suelen asociar con un aumento de la incidencia de eventos cardíacos adversos (Sabatine et al., 2002), así como un incremento de la mortalidad después de controlar los factores de riesgo tradicionales (Ikonomidis, Stamatelopoulos, Lekakis, Vamvakou y Kremastinos, 2008). Por ejemplo, incrementos en la interleucina-6 (IL-6), el factor de necrosis tumoral alfa y la proteína c reactiva juegan un papel importante en la patogénesis y progresión de las enfermedades coronarias y se asocian con varios factores psicosociales incluyendo estrés, hostilidad y aislamiento social (Stephoe, Hamer y Chida, 2007), tal como hemos señalado previamente. De igual modo, el número de leucocitos y el porcentaje de neutrófilos se ha relacionado con la tasa de mortalidad y un peor pronóstico en pacientes con síndrome coronario agudo (Guasti et al., 2011).

Un reciente estudio analizó la relación entre la resiliencia y varios indicadores de severidad en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y los mecanismos que subyacen a este efecto (Arrebola-Moreno et al., 2014). Los autores midieron los niveles de troponina-I y mioglobina como indicadores de la severidad del SCA, y el número total de glóbulos blancos y neutrófilos como marcadores de inflamación. La mioglobina es una proteína que se libera precozmente en el infarto agudo de miocardio y se eleva a partir de la primera o segunda hora desde el inicio de los síntomas. No obstante, es una proteína más general que se ha asociado a otras patologías no cardíacas. Por su parte, la

troponina es una proteína con una alta cardioespecificidad, que permite el reconocimiento específico de daño miocárdico (Santoribio, León-Justel y Guerrero, 2009).

Los resultados encontrados fueron que uno de los componentes de la resiliencia, concretamente la autoeficacia, se relacionó negativamente con los dos indicadores de severidad del SCA, la mioglobina y la troponina. La relación entre la resiliencia y estos indicadores estaba mediada por el número total de glóbulos blancos. Estos resultados se mantuvieron tras controlar el efecto de los factores de riesgo cardiovasculares clásicos y demográficos. Estos autores concluyen que la resiliencia, entendida como la capacidad de sobreponerse a eventos adversos y de desarrollarse de forma exitosa a pesar de las circunstancias adversas, reduce la gravedad del infarto de miocardio influyendo en la respuesta inflamatoria, mostrando, por tanto, su efecto protector frente a eventos cardiacos.

Resultados similares se han encontrado en un reciente estudio realizado con estudiantes (Tugade y Fredrickson, 2007), que aunque no eran pacientes cardiacos, nos sirve para ilustrar el efecto de la resiliencia en la reactividad cardiovascular, que se ha asociado con una mayor mortalidad en pacientes con enfermedades coronarias (Kupper, Denollet, Widdershoven y Kop, 2015). En este estudio se midió la respuesta cardiovascular a un agente estresante de laboratorio, encontrándose que los estudiantes con una mayor resiliencia presentaban una recuperación cardiovascular más rápida tras enfrentarse con el estímulo emocionalmente negativo. Según estos datos, parece que la resiliencia podría ejercer un efecto directo sobre la salud al regular la actividad del sistema nervioso simpático y la activación fisiológica prolongada (Smeets, 2010). A este respecto, se ha encontrado que los individuos con un mayor tono vagal cardíaco, es decir, una mayor activación parasimpática o menor tasa cardíaca en reposo, muestran

una recuperación cardíaca más rápida tras ser expuestos a situaciones de estrés, comparados con aquellos que tienen un tono vagal en reposo menor (Souza et al., 2007).

2.3. Resumen

En las últimas décadas ha surgido un interés complementario en estudiar no sólo las consecuencias psicopatológicas devenidas de las situaciones traumáticas, sino también aspectos relacionados con un adecuado funcionamiento psicológico. En este contexto, surge el creciente interés por analizar conceptos fuertemente vinculados con el bienestar y la salud, tales como la resiliencia y el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio. Estos surgen como conceptos de investigación en la psicología positiva, a través de los cuales se pretende determinar porqué algunas personas consiguen aprender de sus experiencias negativas e incluso encontrar beneficio en ellas.

La resiliencia, entendida como la capacidad de sobreponerse a eventos adversos y de desarrollarse de forma exitosa a pesar de las circunstancias adversas, contribuye a reducir la gravedad del infarto de miocardio influyendo beneficiosamente en la respuesta inflamatoria, mostrando, por tanto, su efecto protector frente a eventos cardíacos (Arrebola-Moreno et al., 2014).

Aunque durante mucho tiempo la resiliencia se ha considerado patológica o inusual, la literatura científica actual pone de manifiesto que es un fenómeno mucho más común de lo que se suponía a priori. Esta parece proteger a las personas frente al malestar e impulsar su ajuste funcional. La resiliencia se concibe, por tanto, como el conjunto de características o recursos personales y sociales que permiten a las personas realizar un afrontamiento eficaz frente a la adversidad y mantener un funcionamiento adaptativo de las capacidades físicas y psicológicas, en situaciones críticas (Masten, 2007; 2011; Luthar et al., 2000).

Por su parte el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático, hace referencia a la posibilidad de que las personas experimenten cambios positivos como resultado de vivir estas experiencias adversas (Tedeschi y Calhoun, 1996). Tedeschi y Cahoun (2004) han observado tres esferas de cambio: en uno mismo, en las relaciones con otros y en la espiritualidad o en la filosofía de vida.

No obstante, el mantenimiento de un funcionamiento psicológico ajustado no excluye la presencia de niveles moderados de malestar. Por ejemplo, son comunes la presencia de pensamientos intrusivos y síntomas ansiógenos transcurridos días o incluso semanas desde la ocurrencia del evento traumático (Bonanno et al., 2002; Hegelson et al., 2006). Normalmente los pensamientos rumiativos intrusivos, posteriores a la ocurrencia del trauma, dan paso con el transcurso del tiempo a un tipo de pensamiento más deliberado y, por tanto, dirigido y controlado por el individuo. El estilo de pensamiento deliberado, se ha caracterizado por intentos específicos por comprender qué ha pasado y por extraer beneficios a la situación dotándola de significación (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Un factor importante que parece puede contribuir a un mayor o menor crecimiento es la posibilidad de codificar el evento traumático como un evento positivo o desafiante, en vez de amenazante. La centralidad de los eventos traumáticos en términos desafiantes, en la construcción de la identidad, favorecería el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio (Berntsen et al., 2011).

Hay alguna evidencia de que el encuentro de beneficio puede tener efectos protectores en la salud. En concreto, con pacientes cardiacos se ha encontrado que aquellos que informaban de mayores beneficios percibidos, siete semanas después de sufrir un infarto cardiaco, redujeron su probabilidad de sufrir otro ataque cardiaco y presentaban menores niveles de morbilidad, ochos años después (Affleck et al., 1987).

Este creciente interés en estos constructos, por tanto, radica en la posibilidad de implementar programas de intervención y promover una mejor calidad de vida en pacientes cardiacos, por la asociación encontrada entre el bienestar, la salud y el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio.

3. RECURSOS PSICOSOCIALES

Los recursos psicosociales se conciben como factores de protección contra la adversidad que ayudan al individuo a llevar a cabo una evaluación y afrontamiento adecuado ante las diferentes situaciones adversas. Son, por tanto, un conjunto de características positivas que actúan dirigiendo u organizando el comportamiento en diferentes situaciones y se desarrollan o modifican, a partir, de las interacciones del individuo con otras personas y con el entorno (Taylor, 2011).

Los recursos psicosociales juegan, por tanto, un papel determinante en la regulación de las respuestas de afrontamiento que se emiten frente a la adversidad y contribuyen a una mejor salud física y psicológica. En este sentido, se conoce que las principales causas de mortalidad podrían prevenirse si se cambiaran determinados hábitos de conducta y estilos de vida que suponen un claro riesgo para la salud y el bienestar personal y social. Alguno de los recursos que se han asociado de manera consistente con un mayor salud física y psicológica son el optimismo, la autoeficacia, la autoestima, el apoyo social o el afrontamiento efectivo (Folkman y Moskowitz, 2004; Taylor y Stanton, 2007).

En definitiva, los recursos contribuyen a incrementar y fortalecer la resistencia de las personas frente a las dificultades de la vida, teniendo como resultado una incidencia claramente positiva tanto en la salud, como en el bienestar de las personas (Grych, Hamby y Banyard y 2015; Taylor et al., 2000; Vázquez, Hervás y Ho, 2006). De igual modo, la salud y el bienestar también contribuyen a incrementar los recursos en las personas, tanto a nivel personal como social. Es decir, la influencia entre ambos constructos es bidireccional (Bronfenbrenner, 1987).

Además, los recursos psicosociales favorecen los procesos resilientes favoreciendo un afrontamiento eficaz ante estresores potenciales o situaciones adversas. Las personas que disponen de un fuerte bagaje de recursos psicosociales positivos son menos vulnerables a situaciones difíciles o amenazantes y adoptan estrategias de afrontamiento, más eficaces y adaptativas, destinadas a gestionar la situación o a reducir el malestar experimentado, y cuentan con mayores redes de apoyo social (Taylor, 1983; Taylor y Stanton, 2007).

En los apartados siguientes nos centramos en el desarrollo de las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autoeficacia.

3.1. Estrategias de afrontamiento

El interés por el afrontamiento ante las situaciones de estrés, y más concretamente, el interés por el papel que ejercen las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, entendida esta como un estresor, comenzaron a desarrollarse sobre la década de los años 60 y 70 del siglo pasado, destacando la importancia que tienen las actitudes ante los problemas, tanto en la resolución de los mismos, como en la reducción del malestar emocional experimentado. Un afrontamiento incorrecto puede agravar la intensidad del estrés percibido y producir repercusiones negativas tanto en aspectos emocionales, como sobre el rendimiento (Lazarus, 1991).

Existen múltiples definiciones de este constructo, sin embargo, el máximo desarrollo se ha producido a partir de las investigaciones de Lazarus y Folkman (1984; 1986), lo que ha dado lugar a la elaboración de múltiples trabajos posteriores, siendo, por tanto, el punto de partida para la mayoría de investigadores en este ámbito.

El Modelo de Afrontamiento Transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984; 1986) definió las estrategias de afrontamiento como el “esfuerzo cognitivo y

conductual que realiza el sujeto para manejar las demandas internas y/o externas, que son evaluadas como estresantes y que exceden los recursos personales” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

El concepto de adaptación al entorno, implica un equilibrio entre las demandas y las expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a dichas demandas. La magnitud de la discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona. Esta idea, es el núcleo de la teoría del estrés y el afrontamiento desarrollada por Lazarus y Folkman (1984; 1986), que concibe el estrés como el resultado de una valoración que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos, sus capacidades y las demandas del entorno. Por tanto, los recursos que la persona pone en marcha tras la valoración de la situación, pueden considerarse recursos de afrontamiento. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y, fundamentalmente, por la interacción entre ambos (Frydenberg, 1994).

Según Lazarus y Folkman (1984; 1986) el estrés esta mediado por la valoración subjetiva que el sujeto realiza y los recursos de afrontamiento de los que dispone, por lo que no todas las personas expuestas a una sobreexigencia del ambiente emiten la misma respuesta.

3.1.1. Proceso de afrontamiento

En la conceptualización del estrés de Lazarus y Folkman (1984; 1986) tienen un importante rol los procesos de valoración, que incluyen dos tipos de evaluación: la valoración primaria y la secundaria. En un primer momento, el individuo realiza una primera aproximación, a partir de la cual, lleva a cabo una valoración inicial de la situación estresante, en la cual, el individuo analiza la repercusión del evento.

De acuerdo con la repercusión del evento, la persona puede valorar la situación como un desafío, en la que el individuo considera que dispone de recursos suficientes para enfrentarse al evento traumático, o como una amenaza, en la que el individuo considera que la situación supera sus recursos y capacidades (Lazarus y Folman, 1984; 1986). Mediante la valoración secundaria la persona evalúa si cree que tiene recursos suficientes para afrontar la situación. El proceso de afrontamiento, por tanto, sería la puesta en marcha de estos recursos.

Dentro del proceso de valoración primaria, además de interpretar el estímulo estresor como desafío o amenaza, también se consideran las diferentes posibilidades de acción, lo que lleva al individuo a valorar si puede hacer frente o no a la situación sobrevenida y cómo. A partir de este proceso, se emite una primera respuesta emocional, y posteriormente, en una valoración secundaria, se evalúa si se disponen de recursos suficientes para afrontar la situación. Y es partir de ahí, cuando se lleva a cabo el proceso de afrontamiento, en el que se ponen en marcha los recursos pertinentes orientados a intentar resolver el problema y/o reducir el malestar producido por la situación adversa.

Tras la adopción de una u otra estrategia de afrontamiento, el individuo analizará la situación de nuevo, lo cual, a su vez, provocará una reevaluación y la adopción de estrategias alternativas, de considerarse necesario. Así, este bucle finaliza, bien, con el agotamiento de la persona, al no disponer de recursos efectivos para afrontar la situación, o bien, con la finalización de la situación estresante (Bonanno y Burton, 2013; Cheng, Lau y Chang, 2014).

Lazarus y Folman (1984; 1986) enfatizaron que estos procesos no se producen secuencialmente, sino que pueden darse de manera cíclica y repetida en interacción con la situación estresante.

Ante una situación estresante, el organismo se prepara para la acción, es decir, se desencadena un conjunto de respuestas fisiológicas que activan el sistema nervioso simpático e inhiben el sistema parasimpático. El sistema nervioso, por tanto, a través del input que recibe y tras el procesamiento de la información recibida, producirá diferentes respuestas. Cuando el organismo tiene que dar respuesta a una situación de sobreexigencia, se produce una activación general del sistema, entran en funcionamiento las glándulas adrenales, liberando grandes cantidades de cortisol al torrente sanguíneo. El cortisol es de vital importancia en las reacciones de estrés o en situaciones que se perciben como amenazantes, al facilitar el acceso a los depósitos de energía almacenados en el cuerpo.

Como consecuencia de esta activación del sistema nervioso simpático, también se secretan catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). La adrenalina aumenta la fuerza de contracción del latido cardíaco e incrementa la presión sistólica, influyendo, por tanto, en los cambios producidos en la presión sanguínea (Turner, 1994).

3.1.2. Enfoques en la conceptualización del afrontamiento

Existen dos enfoques en la conceptualización del afrontamiento. El primero de ellos concibe el afrontamiento como un proceso, mientras que el segundo considera que este está determinado por diferencias individuales o rasgos disposicionales.

La primera aproximación, por tanto, determina que las estrategias de afrontamiento actúan como un proceso dinámico a través del cual, y como fruto de la interacción de la persona con el evento traumático, va adoptando diferentes estrategias de una manera flexible, a medida que interacciona con la situación (Bonanno y Burton, 2013; Chen et al., 2014; Folkman y Moskowitz, 2004).

La flexibilidad, entendida como la capacidad para ajustar la respuesta de afrontamiento a una situación determinada, implica una gran capacidad cognitiva para adecuar las estrategias a las demandas del entorno de una manera adaptativa, y la posesión de habilidades de metaafrontamiento que favorecen, por un lado, la adopción de estrategias de afrontamiento flexibles y ajustadas al entorno, y por otro, la capacidad para evaluar la efectividad de tales estrategias a lo largo de tiempo (Bonanno, Patherencyk y Noll, 2011). Este proceso de monitorización puede llevarse a cabo de forma individual o mediante el feedback facilitado por otras personas del entorno (Bonanno y Burton, 2013).

Bonanno y Burton (2013) consideran que la eficacia en las respuestas de afrontamiento está fuertemente asociada con la flexibilidad, entendida esta como la capacidad para adecuar las diferentes respuestas a las demandas del entorno y a la capacidad de ir adaptándolas a medida que la situación cambia. De igual modo, la capacidad de flexibilidad mantiene una fuerte asociación con el bienestar psicológico (Chen et al., 2014; Kato, 2012).

La otra alternativa, hace referencia a la existencia de estilos estables de afrontamiento o rasgos disposicionales de personalidad que condicionan la adopción de una estrategia de afrontamiento frente a otra. Desde este prisma, se entiende que los individuos utilizan un repertorio de estrategias, más o menos estables, ante diferentes situaciones. Es decir, que existe un patrón conductual de afrontamiento determinado por rasgos disposicionales o de personalidad (McCrae y Costa, 1985; Moos y Holahan, 2003).

La mayoría de investigadores consideran que los factores de personalidad podrían jugar un importante papel en la probabilidad de ocurrencia de eventos

estresantes (Bolger y Zuckerman, 1995) y en la manera en la que se perciben, interpretan y afrontan dichos sucesos (David y Suls, 1999).

3.1.3. Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Existen multitud de clasificaciones de las estrategias de afrontamiento, en función de diferentes criterios, debido fundamentalmente a la falta de consenso entre los expertos.

Una de estas clasificaciones se basa en la agrupación de las estrategias en función de que las personas intenten la aproximación o evitación del estímulo estresor (Roth y Cohen, 1986). El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten un acercamiento, bien al problema que está generando el malestar, o bien, a las emociones negativas. Por su parte, el afrontamiento evitativo, incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales destinadas a escapar o evitar el problema y las emociones negativas concomitantes.

Ambas respuestas pueden ser adaptativas en función de la situación en las que se den. Así, la aproximación se asocia con un incremento del estrés cuando no hay posibilidad de cambiar la situación o asimilar emocionalmente la amenaza, lo que puede llevar a un incremento en la preocupación, que consume tiempo y no soluciona el problema. Por su parte, la evitación puede interferir con la ejecución de una respuesta apropiada cuando existe la posibilidad de cambiar la situación o de aceptar emocionalmente la amenaza (Folkman y Lazarus, 1985). Las estrategias de evitación pueden ser más eficaces a corto plazo, por ejemplo durante el periodo inicial cuando los recursos emocionales son limitados (Lazarus y Folkman, 1984; 1986), pero se asocian con niveles más bajos de bienestar en el largo plazo (Van Dijk, Seger-Guttmann y Heller, 2013).

Así, parece que las estrategias de aproximación a la situación estresante, cuando ésta es controlable, correlacionan con un mayor bienestar, al incrementar la percepción de autoeficacia (Karademas, 2006; Litman y Lunsford, 2009).

Una segunda clasificación se basa en el tipo de destreza que la persona hace intervenir en la respuesta de afrontamiento, que permite distinguir entre afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo. El afrontamiento comportamental hace referencia a las conductas emitidas por la persona para solventar el problema, mientras que el cognitivo hace referencia a las acciones mentales que el sujeto pone en marcha para hacer frente a la situación estresante (Ebata y Moss, 1994; Moss, 1993).

Una tercera clasificación divide las distintas formas de afrontar la situación estresante en función de que éstas se focalicen o en el problema o en la emoción (Folkman y Lazarus, 1985). El afrontamiento focalizado en el problema o la tarea se refiere a las acciones que tienen como objeto cambiar o controlar algunos aspectos de la situación estresante. Esta dimensión incluye estrategias tales como solución de problemas, planificación, toma de decisiones, afrontamiento activo, apoyo social instrumental, etc. Por su parte, el afrontamiento centrado en la emoción hace referencia a las acciones que se emplean con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y regular el resultado nocivo de las emociones negativas, con objeto de reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional devenida. Esta dimensión incluye tanto estrategias desadaptativas tales como el distanciamiento o la negación, como estrategias positivas o adaptativas, entre las que se encuentra la aceptación o el uso del humor.

Folkman y Lazarus (1985) determinan que, en líneas generales, el afrontamiento orientado a la resolución de problemas se produce en aquellas situaciones en las que el individuo percibe o valora que puede actuar para modificar o resolver la situación

objeto de estrés, y las estrategias orientadas a la emoción, se producen en aquellas situaciones en las que el individuo percibe que no puede hacer nada para modificar la situación, por lo que adopta estrategias orientadas a reducir el malestar emocional producido por la situación estresante.

No obstante, algunas investigaciones realizadas posteriormente no han apoyado la distinción realizada por Lazarus y Folkman (1984; 1986) entre estrategias centradas en la emoción versus estrategias centradas en el problema, dado que han encontrado que las estrategias no impactan diferencialmente en el problema o en la emoción. Así, por ejemplo, las estrategias centradas en el problema también tienen un impacto en el estado emocional (Litman, 2006; Litman y Lunsford, 2009). Litman propone como alternativa a la clasificación hecha por Lazarus y Folkman (1984; 1986), tres categorías diferenciadas: 1) las estrategias de aproximación que incrementan la autoeficacia, entre las que se incluirían la planificación, la aceptación, la reinterpretación positiva, el humor, el apoyo en creencias religiosas, el afrontamiento activo y la supresión de otras actividades que interfieren con el problema o demora del afrontamiento; 2) las estrategias de aproximación a través del apoyo social, y que incluye el apoyo social emocional e instrumental y el desahogo emocional; y 3) las estrategias de evitación, que contempla el abuso de sustancias, la negación, las conductas de evitación y la evitación cognitiva (Litman, 2006; Litman y Lunsford, 2009).

Por su parte, Carver, Scheier y Weintraub (1989) señalan que las dos estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1984; 1986) son importantes, pero consideran que el proceso de afrontamiento es mucho más complejo, por lo que difícilmente puede agruparse en categorías tan generales. Estos autores proponen como alternativa, quince estrategias diferenciadas, entre las que se encuentran: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la

postergación del afrontamiento, el apoyo social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el apoyo en la religión, el desahogo de emociones, el uso de alcohol y drogas y la desimplicación conductual y cognitiva.

Carver y Connor-Smith (2010) han sugerido que más que considerar los dos tipos de estrategias de afrontamiento como categorías independientes, hay que considerarlas en interrelación. El afrontamiento centrado en el problema disminuye la percepción de amenaza y el malestar asociado, y el afrontamiento centrado en la emoción disminuye las emociones negativas, permitiendo afrontar el problema con más calma. Según estos autores, habría que diferenciar entre afrontamiento comprometido (*engagement*), mediante el que la persona se orienta hacia el problema o emoción adversa, y por otra parte, un afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*), en el que la respuesta consiste en distanciarse del estresor. El afrontamiento de compromiso incluye estrategias que pueden estar orientadas al problema o a la emoción, pero en este último caso, son estrategias adaptativas, tales como la aceptación o reestructuración cognitiva positiva. Esta última es un tipo de afrontamiento cognitivo orientado a reinterpretar la situación adversa en términos positivos, bien analizando otros aspectos de la misma, cambiando el foco de atención hacia aquellos aspectos más positivos o bien reinterpretando la situación como un reto o desafío. El afrontamiento de falta de compromiso hace alusión a las estrategias centradas en la emoción que se presentan como estrategias desadaptativas, tales como la evitación, la negación, el pensamiento ilusorio, etc. Es usual que al afrontamiento de compromiso se le denomine también afrontamiento efectivo o adaptativo, mientras que al de falta de compromiso se le llame inefectivo o desadaptativo.

Otros autores han hecho una distinción dentro de las estrategias orientadas a la emoción, debido a los resultados contradictorios observados en la investigación,

distinguiendo entre estrategias emocionales evitativas como la negación, vinculadas a estados emocionales negativos frente a las estrategias emocionales positivas, entre las que destacan el procesamiento emocional, el cual incluye estrategias destinadas a conocer, explorar y entender las emociones y la expresión de las mismas, que incluye los esfuerzos, verbales o no, de intentar comunicar la experiencia emocional (Stanton, Sullivan y Austenfeld, 2009). Tanto el procesamiento emocional como la expresión emocional se han asociado con un mayor bienestar (Smith, Lumley y Longo, 2002).

Posteriormente, Folkman (2008) introduce un nuevo tipo de afrontamiento, orientado a la búsqueda de significado del evento traumático, a partir del cual, se desencadena un proceso de búsqueda de beneficios ante la situación adversa, y una modificación en las creencias y valores de los sujetos (Tennen y Affleck, 2002), el cual, contribuye a regular y potenciar las emociones positivas.

Este tipo de afrontamiento ha sido introducido a raíz de los datos encontrados en diferentes investigaciones, las cuales han puesto de manifiesto que tanto las emociones positivas como las negativas coexisten simultáneamente en presencia de estresores intensos (Hegelson et al. 2006). Las emociones positivas son un componente esencial del bienestar y contribuyen a reducir el malestar emocional. Tal y como plantea Fredrickson (1998; 2001) y Fredrickson y Joiner (2002) las emociones positivas facilitan una serie de cogniciones y acciones que permiten al individuo construir recursos personales y psicológicos que mejoran el afrontamiento.

Para Folkman (2008) existe una diferencia cualitativa entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las estrategias de afrontamiento centradas en la extracción o búsqueda de significado. Mientras que las primeras están orientadas a reducir el malestar emocional provocado por el estímulo estresor, las segundas, se

centran en el desarrollo de fortalezas humanas, a través de la revisión y reordenación de prioridades, objetivos y valores vitales.

Las emociones positivas y negativas concurren durante periodos prolongados de estrés (Folkman, 2008; Larsen, McCraw y Cacioppo, 2001). Además, parece que los procesos de afrontamiento que generan y sustentan las emociones positivas tienden a ser diferentes de aquellos procesos que regulan las emociones negativas. Folkman (2013) destaca entre los procesos de afrontamiento orientados a la búsqueda de significado, el encuentro de beneficio (Tennen y Affleck, 2002), el crecimiento postraumático (Tedeschi, Park y Calhoun, 1998) y la autorregulación en la consecución de objetivos (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz y Carver, 2003). Para esta autora, por tanto, el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático serían formas de afrontamiento.

Por último, algunos autores han destacado la existencia de un afrontamiento proactivo, que se emite antes de la ocurrencia del estímulo estresor. Es decir, este tipo de afrontamiento se concibe como la acumulación de recursos de una persona que se emiten con carácter preventivo antes de que ocurran las situaciones adversas, en una especie de mecanismo anticipatorio (Aspinwall y Taylor, 1997; Greenglass y Fiksenbaum, 2009).

Schwarzer y Knoll (2003) conciben este tipo de afrontamiento anticipatorio como un esfuerzo dirigido a paliar el malestar o resolver un problema futuro. Es decir, lejos de ser un afrontamiento reactivo, el individuo se adelanta a la situación futura proveyéndose de los recursos necesarios para hacerla frente. Estos autores, por tanto, también hacen énfasis en la acumulación de recursos, considerando que estos, contribuyen a la consecución de objetivos positivos y al crecimiento personal.

Greenglass y Fiksenbaum (2009) vinculan el afrontamiento proactivo al apoyo social, al considerar que el apoyo social es uno de los recursos de afrontamiento más

valiosos de los que disponen las personas para enfrentarse a la adversidad. Estos autores llevaron a cabo una investigación en la cual se analizó el papel mediador del afrontamiento entre el apoyo social y el bienestar. Los resultados encontrados fueron que el apoyo social tiene efectos directos e indirectos en el afecto positivo, el estado de ánimo y los resultados conductuales. Para estos autores el afrontamiento proactivo más que un estilo de afrontamiento, es un rasgo de personalidad, entendido como la tendencia proactiva de las personas a acumular recursos y tomar decisiones encaminadas a prevenir situaciones potencialmente adversas.

3.1.4. Estrategias de afrontamiento y salud

En el ámbito de la salud, gran parte de la investigación sobre el afrontamiento se ha centrado en patologías concretas, con especial énfasis en los procesos de adaptación al cáncer dentro del afrontamiento de enfermedades crónicas. Diferentes investigaciones han planteado los efectos positivos de estrategias como la reevaluación positiva en la adaptación al cáncer, en detrimento de las estrategias de evitación (Carver, 2004; Chida y Hamer, 2008; Urcuyo, Boyers, Carver y Antoni, 2005). La aceptación de la enfermedad como respuesta de afrontamiento se ha asociado con bajos niveles de afecto negativo y con mayor ajuste (McKenna, Zevon, Corn y Rounds, 1999). En otro tipo de enfermedades, como la artritis reumatoide, se ha observado que la búsqueda de información predice un incremento del afecto positivo (Franks y Roesch, 2006; Revenson, Abraído-Lanza, Majerovitz y Jordan, 2005). En la diabetes, las estrategias de afrontamiento activo y de resolución de problemas se asociaron con una mejor salud general, una mayor adhesión a la medicación prescrita y la adopción de estilos de vida más saludables (Burns, Deschênes y Schmitz, 2016; Magkos, Yannakoulia, Chan y Mantzoros, 2009).

Parece, por tanto, que las estrategias de afrontamiento predicen la salud física (Boyraz, Waits, Felix y Wynes, 2016). Estos autores encontraron en una muestra no clínica de adultos, que habían sufrido diferentes eventos traumáticos, que tras controlar los síntomas asociados al TEPT, las estrategias de evitación tenían relaciones negativas significativas con los indicadores de salud registrados. Igualmente, la negación y la desconexión conductal y los sentimientos de autoculpa predijeron una peor salud física.

Otra línea de investigación relevante se ha centrado en la identificación de las circunstancias vitales estresantes más frecuentes y el análisis de patrones de afrontamiento de esos sucesos. Los resultados más importantes de estos estudios indican que las estrategias de afrontamiento más utilizadas frente a los problemas de salud son las de aproximación cognitiva y comportamental (Aldwin, 2007). En comparación con otros sucesos estresantes, es más probable que los problemas de salud eliciten estrategias de afrontamiento centradas en las emociones o estrategias de evitación (Moos, Brennan, Schutte y Moos, 2006). Por otra parte, la investigación sugiere que no existen procesos de afrontamiento buenos o malos para todas las situaciones. La adecuación y efectividad del afrontamiento debe considerarse dentro de un contexto determinado. Las mismas estrategias de afrontamiento pueden contribuir a diferentes resultados y no todas son igualmente eficaces en el manejo del estrés (Thompson et al., 2010). Además, la mayoría de los estudios se han centrado en resultados de funcionamiento negativos, tales como el malestar o la depresión (Kraaij, Pruyboom y Garnefski, 2002). Los resultados sugieren que las personas que utilizan más el afrontamiento evitativo y menos la reestructuración cognitiva positiva y la resolución de problemas son más propensos a experimentar depresión.

No obstante, son menores los estudios que han considerado la vinculación entre estrategias de afrontamiento, satisfacción vital y salud. Otros autores, han considerado

que una importante parte del estado de salud viene determinado por el nivel de satisfacción vital de la persona, y esta a su vez, es explicada en una alta proporción por las estrategias de afrontamiento adoptadas (Hamarat, Thompson, Zabucky, Steele y Matheny, 2001; Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999).

En un reciente estudio se analizó cuales eran las estrategias de afrontamiento empleadas ante los problemas de salud en una muestra de personas mayores (Navarro y Bueno, 2015). Estos autores encontraron que las personas mayores presentan un patrón de afrontamiento frente a sus problemas de salud, caracterizado por una predominancia del afrontamiento activo, seguido del afrontamiento basado en la aceptación y en menor medida, la evitación. Esto puede significar que, en la mayoría de los casos, las personas mayores intentan modificar las circunstancias de sus problemas de salud que le dificultan el logro de sus metas, movilizand o esfuerzos para solucionarlos, pero también, en ocasiones, se conforman porque la solución definitiva a sus problemas de salud probablemente no exista o esté fuera de su alcance, por lo que buscan apoyo y comprensión en los demás y tratan de suprimir cognitivamente los efectos emocionales asociados a la enfermedad. En definitiva, en este periodo vital interaccionan estrategias asimilativas y acomodativas (Boerner, 2004).

Ante los problemas de salud, la realización de acciones directas y racionales encaminadas a resolver el problema han manifestado su funcionalidad en el mantenimiento de la satisfacción vital (Jonker, Comijs, Knipscheer y Deeg, 2009; Moos et al., 2006). Por lo tanto, dicha estrategia resulta protectora frente al estrés que acompaña a los problemas de salud. De igual modo, se ha observado que el afrontamiento de aproximación se asocia estrechamente con resultados positivos de funcionamiento, o mayor autoeficacia, frente al afrontamiento evitativo que se ha asociado con resultados negativos o menor autoeficacia de afrontamiento.

Parece, por tanto, que solo las estrategias activas o de resolución de problemas generan un sentido positivo de autoeficacia en la superación de problemas de salud, con las implicaciones que esto tiene sobre el control interno, las emociones, el esfuerzo y la persistencia para el logro de objetivos personales (Artístico, Cervone y Pezzuti, 2003; Moskowitz et al., 2012).

El afrontamiento basado en la religión también se ha asociado con mejores estados de salud (Ironson, Stuetzle y Fletcher, 2006) y una menor morbilidad y mortalidad general (Schnall et al., 2010). Además, también se le ha relacionado con una mejor salud psicológica y menor sintomatología depresiva (Dew et al., 2010) y mayor tasa de adherencia al tratamiento médico (Rosmarin et al., 2013). Algunas de las explicaciones que se han dado a esta asociación es que la religión puede tener un impacto positivo en la salud debido a que la mayoría de las religiones aconsejan la adopción de estilos de vida saludables (Hoff et al., 2008) y el abandono de conductas perjudiciales, como fumar o beber (Yong et al., 2009). Por tanto, es posible que sean los estilos de vida saludables, que son una parte integral de muchas comunidades religiosas, en lugar de las creencias, los que expliquen la relación existente entre religión y salud. Ahora bien, otras facetas de la religión también pueden ser importantes en la protección de la salud y el bienestar de las personas. Por ejemplo, se ha demostrado que el apoyo social impacta positivamente tanto en la salud física como mental (Uchino, 2005). A este respecto, la mayoría de religiones proporcionan un contexto religioso de apoyo emocional y espiritual (Krause, Ellison, Shaw, Marcum, y Boardman, 2001). El apoyo social religioso tiene además unas características determinadas, ya que normalmente está basado en conductas compasivas, de ayuda y de perdón, que son particularmente eficaces para proteger la salud y el bienestar (Krause, 2008; Lundberg, 2010).

Además, la religión también puede influir en la capacidad para hacer frente a las situaciones estresantes, como son tener una mala salud (Schmuck, 2000), moderando el impacto de estos eventos (Bradshaw y Ellison, 2010). Por ejemplo, se ha visto que las personas religiosas con enfermedades crónicas muestran menos síntomas depresivos (Simoni y Ortiz, 2003). En este sentido, cabe reseñar que los aspectos religiosos cumplen una serie de funciones, que han sido tradicionalmente asociados con el bienestar, como son la extracción de significado y propósito vital o una filosofía de vida determinada (Pargament, Koenig y Pérez, 2000). Es decir, desde esta concepción, se considera que el mecanismo subyacente entre la religión y la salud, sería el afrontamiento de reestructuración cognitiva positiva. La religión o espiritualidad, por tanto, se concibe como un mecanismo por el cual las personas pueden empezar a reevaluar positivamente su situación (Kremer, Ironson y Poor, 2009; Litwinczuk y Groh, 2007), fruto de la interacción comunicativa que mantiene con su comunidad religiosa, la cual podría favorecer una reevaluación positiva de la enfermedad (Rafferty, Billig y Mosack, 2015).

No obstante, aunque gran parte de la investigación se ha centrado en los aspectos positivos del afrontamiento basado en la religión, también es importante tener en cuenta que existe una adaptación religiosa negativa, caracteriza por la tensión, el conflicto, la duda y la culpa (Koenig, Pargament y Nielsen, 1988), que se ha relacionado con una peor salud física (Pargament et al., 2000) y mental (Herbert, Zdaniuk, Schultz y Scheier, 2009) y con un mayor abuso de alcohol (Brewer, Robinson, Sumra, Tatsi y Gire, 2015).

3.1.5. Estrategias de afrontamiento en pacientes cardiacos

Las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha tras la ocurrencia de un evento cardiaco, pueden influir en el bienestar psicológico, la calidad de vida percibida y en

comportamientos de salud (Bennett, Lowe, Mayfield y Morgan, 1999; Dempster, Carney, McClements, 2010).

También se ha sugerido que las estrategias de afrontamiento pueden explicar el desarrollo de síntomas depresivos, en pacientes cardíacos. En concreto, el afrontamiento de evitación, se ha relacionado con una mayor sintomatología depresiva y malestar (Vollman, Lamontagne y Hepworth, 2007), actitudes menos optimistas y niveles más bajos de apoyo social percibido (Trivedi et al., 2009), mientras que el afrontamiento activo y de aceptación se ha relacionado con resultados positivos y con una morbilidad y mortalidad menores, en esta población (Murberg, Bru y Stephens, 2002).

No obstante, en la fase aguda de la enfermedad, es decir, durante las dos primeras semanas, se ha observado que los pacientes cardíacos que utilizan la negación como estrategia de afrontamiento presentan una mejor evolución, frente a los que no la utilizan (Levenson, Kay, Monteferrante y Herman, 1984). La negación es una respuesta muy común en las primeras fases de la enfermedad, especialmente en enfermedades graves (Moos, 1993; Lazarus y Folkman, 1984; 1986).

En general, los estudios con pacientes cardíacos han revelado que la gravedad de los síntomas de su enfermedad tiene una influencia directa y positiva sobre la depresión. La gravedad de los síntomas cardíacos es uno de los factores estresantes más frecuente en esta población médica (Jalowiec, Grady y White-Williams, 1994). A este respecto, se ha sugerido que las estrategias de afrontamiento podrían mediar el impacto entre la gravedad de los síntomas y la depresión (Smorti, Cappelli, Guarnieri, Bergesio y Perfetto, 2014). Los datos empíricos revelan que los individuos que presentan una peor sintomatología suelen tener puntuaciones más altas en depresión, en comparación con aquellos con sintomatología menos grave (Gravelly-White, De Gucht, Heiser, Grace y van Elderen, 2007; Ketterer, Bekkouche, Goldberg, McMahon y Krantz, 2011). Sin

embargo, según lo sugerido por Trivedi y colaboradores (2009) aunque la severidad de los síntomas y la discapacidad de la enfermedad puede afectar el inicio y el mantenimiento de los síntomas depresivos, son las estrategias de afrontamiento las que merecen mayor atención, ya que la evidencia empírica sugiere que estas pueden constituirse como factores protectores o de riesgo relevantes para el desarrollo de la depresión, en estos pacientes.

La investigación sobre estrategias de afrontamiento, en personas con enfermedades cardíacas, ha revelado que, en líneas generales, las estrategias de evitación se relacionan con una mayor sintomatología depresiva (Hamang, Eide, Rokne, Nordin y Yen, 2011; Trivedi et al., 2009) y que el apoyo social se asocia con una menor incidencia en la depresión (Graven y Grant, 2012).

Un reciente estudio metaanalítico ha revisado la relación existente entre el afrontamiento y el bienestar en pacientes cardíacos (Graven y Grant, 2012). Los resultados de esta revisión sugieren que existe una asociación positiva entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, tales como la desimplicación conductual, la negación y distracción y una peor salud física y psicológica. Por el contrario, se han encontrado relaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas y el bienestar físico y psicológico. Concretamente, dichas estrategias, se asociaron con menos síntomas depresivos, un mejor cuidado de sí mismo, menores síntomas físicos asociados a la enfermedad cardíaca y mayor adherencia a los tratamientos médicos.

La literatura científica sugiere, por tanto, que las estrategias de resolución de problemas predicen una mejor salud y una mejor adaptación a la enfermedad coronaria (Graven y Grant, 2012; Murberg et al., 2002). Estas, además se han asociado

positivamente con el optimismo (Farley, Wade y Birchmore, 2003) y negativamente con la depresión (Vollman et al., 2007).

Los individuos que han sufrido un evento cardíaco deben enfrentarse a multitud de cambios en su estilo de vida, tales como la modificación de la dieta, la realización de ejercicio regular y la reestructuración de funciones y responsabilidades previas al evento cardíaco (D'Zurilla y Nezu, 2007). La adopción por parte de los pacientes cardíacos de los muchos cambios en sus vidas, les supone el tener que afrontar importantes retos, planificar actividades y resolver problemas diarios (Lox, Martin, Petruzello, Lox y Martin, 2006). La Asociación Americana de Cardiología ha reconocido la importancia que tienen las estrategias cognitivo conductuales, de resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva en la adhesión a los programas de rehabilitación cardíaca y en los cambios en el estilo de vida de estos pacientes (Artinian et al., 2010).

Por su parte, las estrategias de evitación se han asociado con un mayor malestar psicológico, peor funcionamiento físico y con una mortalidad más elevada (Graven y Grant, 2012; Pourang y Besharat, 2011).

No obstante, se ha observado que tras la ocurrencia de un evento cardíaco agudo o cuando el paciente se enfrenta a un evento cardíaco inmodificable o con una duración potencialmente incapacitante, las estrategias de reestructuración cognitiva positiva pueden ser más adaptativas que las estrategias centradas en la resolución de problemas encaminadas a la modificación de la situación, sobre todo en el corto plazo (Alonzo y Reynolds, 1998; Lowe, Norman y Bennett, 2000). Las estrategias de reestructuración cognitiva positiva se han relacionado con una mayor capacidad funcional en pacientes cardíacos después de ser intervenidos quirúrgicamente (Ben-Zur, Rappaport, Ammar, Uretzky, 2000). De igual modo, se ha observado que las estrategias de afrontamiento de reestructuración cognitiva positiva puestas en marcha tras la ocurrencia del evento

cardíaco, son un predictor fiable del pronóstico de la enfermedad, tras tres meses de seguimiento, mayor incluso que los síntomas depresivos y ansiógenos (Chiavarino et al., 2012).

Entre las estrategias orientadas a la emoción, se ha observado que las intervenciones psicológicas destinadas a incrementar el afrontamiento emocional, en pacientes que han sufrido eventos cardíacos, con objeto de aumentar su conciencia emocional o capacidad para observar sus emociones, de una manera no evaluativa sino desde la aceptación del evento en sí mismo, se han asociado con una mejor recuperación cardiovascular, un mejor pronóstico (Blackledge y Hayes, 2001; Low, Stanton y Bower, 2008) y menores síntomas depresivos (Murger, Bru y Stephens, 2002).

Estos datos sugieren que las estrategias de reestructuración cognitiva positiva y las creencias relacionadas con la enfermedad tienen un papel importante en las conductas de salud y en el ajuste de la enfermedad. Una explicación a esto es que las estrategias orientadas a la regulación emocional o de reestructuración cognitiva positiva pueden contribuir con éxito a reducir las emociones negativas y, por lo tanto, a moderar la activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, lo que resulta en una menor reactividad cardiovascular ante el estrés (Rozanski y Kubzansky, 2005).

El apoyo en la religión, también ha sido considerado como una respuesta adaptativa de afrontamiento frente a la adversidad, que se ha asociado con diversas facetas de salud física o mental (George, Kinghorn, Koenig, Grammon y Blazer, 2013; Koenig, McCullough y Larson, 2001). No obstante, los estudios prospectivos realizados con pacientes cardíacos son escasos, y los resultados, en algunos casos, son contradictorios. Mientras que algunos autores han encontrado relaciones significativas moderadas entre algunos aspectos religiosos, tales como asistir a misa y un menor

riesgo de mortalidad por evento cardíaco (Oman, Kurata, Strawbridge y Cohen, 2002), otros solo han encontrado un menor riesgo de morbilidad y mortalidad general, pero no en enfermedades coronarias (Schnall et al., 2010).

Más recientemente, y en un esfuerzo por estudiar vías biológicas subyacentes a la relación entre religión y salud, los investigadores han integrado biomarcadores en sus diferentes investigaciones. En este sentido, Ferraro y Kim (2014) analizaron la relación entre la religión y la proteína c reactiva, en una muestra de pacientes cardíacos. La proteína c reactiva es un biomarcador de la inflamación crónica que incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular (Sesso et al., 2003), tal como ya hemos expuesto. Los resultados encontrados sugieren que la religión contribuía a disminuir los niveles de proteína c reactiva y, por lo tanto, el riesgo de inflamación cardíaca, aunque sólo en el grupo perteneciente a una minoría étnica. En relación a la interleucina-6, otro biomarcador asociado con el riesgo cardiovascular, se ha demostrado que muestra relaciones significativas con la participación religiosa (Yeager et al., 2006). También se ha observado que las personas con creencias religiosas presentan un estrechamiento menor de la arteria carotídea (Anyfantakis et al., 2013). Este indicador es un marcador sustituto para la aterosclerosis, el cual es un fuerte predictor de resultados cardiovasculares adversos (Lorenz, Markus, Bots, Rosvall y Sitzer, 2007). Estos resultados sugieren, por tanto, que las creencias religiosas podrían contribuir a reducir la prevalencia de la hipertensión y la enfermedad cardiovascular (Ferraro y Kim, 2014).

3.2. Apoyo social

En los últimos años, el ámbito social ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud y enfermedad, y también como un sistema que contiene elementos estresantes y/o amortiguadores del

mismo. Esto justifica el creciente interés existente por conocer cuáles son los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos, así como de la relación existente entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas.

3.2.1. Aproximaciones teóricas

El apoyo social es un constructo amplio, que implica la presencia de relaciones interpersonales. La naturaleza multidimensional de este concepto ha requerido de la clarificación de diversos tipos de apoyo social y de los mecanismos que permiten que las necesidades afiliativas sean satisfechas (Kaplan, Cassel y Gore, 1977).

Para Schaefer y Moos (1998) el apoyo social es considerado un recurso de afrontamiento que favorece un mayor ajuste y predice la obtención de resultados positivos frente a la adversidad, al fomentar una valoración más favorable del evento traumático que posibilita la adopción de estrategias de afrontamiento más efectivas. En líneas generales, se ha estudiado el apoyo social desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual.

El apoyo estructural se refiere a la existencia y cantidad de relaciones sociales y la interconexión de las redes sociales de una persona. Dentro de esta perspectiva, las dimensiones más estudiadas y las que guardan más relación con la salud, son: el tamaño de la red social, la densidad o interconexión entre los miembros de la red social, la reciprocidad o grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, el parentesco y la homogeneidad. Estas dimensiones del apoyo social se han relacionado positivamente con el bienestar y la salud (Antonucci y Akiyama, 1987; Ashida y Heaney, 2008). La importancia de la perspectiva estructural en el estudio del apoyo social, radica en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial del apoyo.

El apoyo funcional alude al grado en que las relaciones interpersonales sirven o satisfacen necesidades particulares. Este, se centra en aspectos cualitativos del mismo, poniendo el énfasis en los recursos y funciones que se pueden obtener como resultado de las relaciones sociales. El apoyo funcional, a su vez, estaría conformado por cuatro tipos diferenciados de apoyo: emocional, informativo, instrumental y valorativo.

El apoyo emocional hace referencia a las expresiones de afecto positivo, entendimiento empático y a la estimulación de la expresión de sentimientos, cariño y amor hacia otras personas. El apoyo informativo alude al asesoramiento y consejo, información, guía o retroalimentación que se ofrece a una persona. El apoyo instrumental, a la provisión de ayuda material o asistencia. El apoyo valorativo, por su parte, se refiere a la información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo cualquier aspecto afectivo que podría acompañar esa información, en cuyo caso se trataría de apoyo emocional (Sherbourne y Stewart, 1991).

Por último, desde una perspectiva contextual, se hace hincapié en considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido y recibido, con el fin de relacionar el carácter predictivo del apoyo social con el bienestar.

Por otra parte, el apoyo social se puede conceptualizar como: conexión social, apoyo social recibido y satisfacción con el apoyo social (Matud, Carballeira, López, Marrero y Ibañez, 2002). Es decir, a la existencia, cantidad y calidad del apoyo social, respectivamente.

La conexión social se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social y se ha evaluado fundamentalmente a partir de lazos o redes sociales, como la pareja, los familiares y amigos etc. Aunque se han empleado métodos complejos de medición, uno de los problemas de esta

conceptualización es que no todas las personas de la red social constituyen fuentes de apoyo en sí mismas.

El apoyo social recibido se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo. Esta conceptualización tiene, por tanto, un carácter más objetivo, que hace referencia a la cantidad de apoyo social recibido más que a la calidad del mismo.

La satisfacción con el apoyo social por su parte, haría referencia a la calidad del apoyo social. Es decir, se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros y se evalúa preguntando a las personas en qué medida creen que disponen de apoyo social. Esta variable subjetiva hace referencia al grado en que el sujeto percibe la existencia de relaciones proveedoras de apoyos suficientes y adecuados a sus necesidades (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor, 1993).

El apoyo social, por tanto, tiene elementos objetivos y subjetivos. Los primeros se relacionan con intercambios con otras personas o sucesos, y los segundos con la percepción y el significado que las personas atribuyen a estos. Se concibe, por tanto, que el apoyo social no hace referencia únicamente, a elementos tangibles recibidos por parte de otros, sino a la percepción que tenga la persona sobre estos.

Cobb (1976) conceptualiza el apoyo social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo o apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente la que se considera promotora de salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo, pero no lo perciben.

También se ha evaluado la eficacia del apoyo social en los diferentes momentos temporales en los que se este ha sido proporcionado. Se ha hecho una distinción entre el momento previo a que la persona lleve a cabo un proceso de búsqueda de apoyo social,

y el momento posterior, es decir, después de que haya tomado la decisión de buscar apoyo. A este respecto, se ha argumentado que el apoyo recibido es más probable que sea más beneficioso en la fase posterior a haber tomado la decisión de buscar apoyo social (Bolger y Amarel, 2007). En situaciones en las que el individuo no ha tomado la decisión de buscar apoyo o ayuda, este puede ser interpretado como amenazante, y generar sentimientos de ineficacia, culpa y endeudamiento (Bolger y Amarel, 2007). Como alternativa, estos autores han argumentado que, para esta fase, el apoyo invisible, es decir, el apoyo que no es percibido directamente por la persona, podría ser especialmente beneficioso porque al no ser consciente, se evitarían las reacciones psicológicas negativas asociadas.

Mientras que las teorías dominantes describen el apoyo social como ventajoso, otros autores sugieren que puede ser inútil, innecesario o no deseado en determinados momentos, debido a que fomenta la dependencia en las relaciones, creando un patrón de inequidad, que puede convertirse en un arma de doble filo (Gleason, Iida, Shrout y Bolger, 2008; Hegelson, 2003; Tracy, Munson, Peterson y Floersch, 2010). Otros autores postulan que el apoyo social no es relevante, si se encuentra incardinado en un esquema de interacción basado en obligaciones mutuas (Clark y Mills, 1979). La evidencia empírica demuestra que la recepción no equitativa de apoyo puede generar malestar, debido a que viola las normas de relación basadas en la reciprocidad y deja al individuo en una situación de endeudamiento (Batson, 1998; Hatfield, Traupmann, Sprecher, Ume y Hay, 1985), mientras que la prestación de apoyo permite mantener la equidad en la relación (Post, 2005).

3.2.2. Apoyo social y salud

El apoyo social se ha relacionado con una mejor salud. En general, la evidencia empírica pone de manifiesto que los déficit en las relaciones sociales, tales como

el aislamiento social o bajo apoyo social, pueden derivar en una activación crónica de los sistemas inmunológico, neuroendocrino y metabólico, produciendo a largo plazo enfermedades cardíacas, neoplásicas u otras relacionadas con el envejecimiento (Cacioppo y Hawkey, 2003; Yang, McClintock, Kozloski y Li, 2013; Yang y Kozloski, 2011).

Un bajo apoyo social se ha relacionado con el comienzo de enfermedades y otros problemas de salud. Paralelamente, se ha observado que un alto apoyo social percibido puede facilitar la recuperación de una enfermedad (Adler y Matthews, 1994). Estos resultados sugieren que existe un efecto directo entre la existencia o ausencia de apoyo social y la salud. Según Cohen y Wills (1995) las relaciones sociales pueden promover conductas saludables, como la dieta y la práctica de ejercicio, entre otros, alterando los factores de riesgo asociados a padecer una enfermedad. El apoyo social, por tanto, proporciona a los individuos experiencias gratas y recompensantes de cercanía e intimidad que repercuten en la salud mental y física (Bloom, Stewart, Johnson, Banks y Fobair, 2001; Matud et al., 2002; Kahn, Hessling y Russell, 2003), dotando de ayuda o reafirmación ante una situación determinada. De igual modo, la información o consejo de algunas personas puede provocar cambios cognitivos positivos que dotan al individuo de una mayor sensación de control de la situación adversa (Marreiro y Carballeira, 2010). En esta línea, algunos autores, consideran que el apoyo social actúa bajo el mecanismo de redefinición del daño potencial del estresor disminuyendo las reacciones del sistema neuroendocrino o facilitando los procesos de afrontamiento, es decir, favoreciendo la puesta en marcha de estrategias de resolución de problemas eficaces (Bal, Crombez, Van Oost y Debourdeaudhuij, 2002; Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen y Keller, 2010).

Investigaciones recientes han identificado que la calidad de la relación es un moderador importante de los efectos que el apoyo social tiene sobre la reactividad fisiológica. Yang y colaboradores (2015) encontraron vínculos entre la integración social y un mejor funcionamiento físico, así como un riesgo clínicamente menor de padecer una enfermedad.

Por contraposición, el aislamiento social o falta de apoyo social puede ser una potencial fuente de estrés y tener un impacto negativo en la salud (Watkins y Maier, 1999). En este sentido, se ha observado que el aislamiento y la ausencia de redes sociales significativas está relacionado con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, general (Cohen, 2004). Es decir, es la valoración subjetiva que el sujeto hace del apoyo social que recibe la que mayor impacto tiene en el bienestar físico y psicológico (Bambara, Turner, Williams y Haselkorn, 2014; Matud et al., 2002; Prati y Pietrantonio, 2009; Romero, Riggs y Ruggero, 2015).

En líneas generales, se ha tendido a asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del apoyo social en la salud. La primera de ellas, considera que el apoyo social ejerce un efecto directo sobre la salud, con independencia del nivel de estrés que el individuo experimente. Desde esta perspectiva, se concibe que el apoyo social impacta de manera directa en el bienestar. La segunda visión, plantea que el apoyo social ejerce un papel protector o amortiguador de los efectos negativos derivados de eventos vitales estresantes. Desde este prisma, el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción. Por un lado, la intervención de apoyo social entre el estímulo estresor o las expectativas del mismo y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo cual favorecería un afrontamiento adecuado, y por otro, la intervención del apoyo social entre el estrés y las consecuencias devenidas

de este, mediante la adopción de medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que impacten de manera directa en la enfermedad o en la salud.

Actualmente, se considera que ambos enfoques no son excluyentes, sino que el apoyo social engloba aspectos protectores directos y amortiguadores frente al malestar y la enfermedad.

No obstante, la complejidad de las variables implicadas en el constructo de apoyo social y las dificultades para su evaluación han llevado a plantear que quizá, la relación entre el apoyo social y la salud establecida hasta el momento, sea demasiado restrictiva, en el sentido, de que el estudio del apoyo social, en relación a la salud, se ha realizado atendiendo más a las características negativas, que a las positivas. Incluso, hay autores que han considerado que el apoyo social tiene un mayor efecto en el bienestar y la salud, solo en presencia de acontecimientos estresantes, pero no en ausencia de ellos (Bowen et al., 2014).

Sin embargo, otros investigadores han considerado que los aspectos negativos del apoyo social, tales como ausencia de relaciones íntimas, pueden ser un factor de riesgo en sí mismo, que puede conducir a la persona a padecer problemas de salud o algún tipo de trastorno, como la depresión, incluso en ausencia de un suceso negativo o estresante (Bartz y Hollander, 2006; Campbell, 2008; Yang et al., 2015). En este sentido, se ha observado que la ausencia de apoyo social incrementa el riesgo de mortalidad general en una magnitud comparable a factores de riesgo tradicionales, tales como el taquismo, la obesidad y la inactividad física (Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010; House, Landis y Umberson, 1988).

De igual modo, las últimas investigaciones sobre la biología del envejecimiento destacan que el efecto del apoyo social en la regulación de las respuestas de estrés fisiológico, evaluadas estas en diferentes etapas vitales, predice una mejor salud y

longevidad (Yang et al., 2015). Estos autores, demostraron a través de un innovador estudio longitudinal que incluía evaluaciones a lo largo del ciclo vital, evidencia causal sobre los mecanismos que relacionan los patrones de relación social con la salud y la longevidad a lo largo de la vida, examinando la asociación entre las dimensiones del apoyo social y difentes biomarcadores fisiológicos, evaluados en diferentes etapas vitales. Los resultados apoyan firmemente la generalidad de las asociaciones, indicando que la integración social protege la salud y promueve la longevidad.

3.2.3. Apoyo social en pacientes cardiacos

El apoyo social se ha asociado con el desarrollo y progresión de las enfermedades coronarias. Se ha encontrado que el bajo apoyo social percibido y la falta de disponibilidad de redes sociales predice el desarrollo de esta enfermedad en personas sanas (Eng, Rimm, Fitzmaurice y Kawachi, 2002; Rosengren, Wilhelmsen y Orth-Gomer, 2004). Igualmente, se ha encontrado que la falta de apoyo social está relacionada con la progresión de la enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica previa (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999; Saranson y Saranson, 1994). La ausencia de un cónyuge como fuente de apoyo social, es más común en personas con insuficiencia cardiaca, se asocia con un mayor riesgo de depresión en esta población clínica (Maunder et al., 2015; Lett et al., 2007) y predice mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular (Barth, Schneider y von Kanel, 2010; Holt-Lunstad et al., 2010).

En un reciente estudio prospectivo realizado en Estados Unidos se han analizado las diferentes dimensiones del apoyo social con biocarmadores médicos relacionados con la salud física, dentro de cada etapa de la vida. Los biomarcadores evaluados fueron la proteína c reactiva, la presión arterial diastólica, la circunferencia de la cintura y el índice de masa corporal. Los resultados mostraron que un mayor grado de integración social se asociaba con un menor riesgo de desregulación fisiológica, tanto en etapas

tempranas de la vida, como en la edad adulta. Por el contrario, la falta de conexiones sociales se asociaba con un riesgo cardiovascular muy elevado. Así, el aislamiento social incrementaba el riesgo de inflamación cardíaca, en la misma magnitud que la inactividad física y el efecto del aislamiento social en la hipertensión superaba el riesgo clínico de factores de riesgo tradicionales asociados a la vejez, como la diabetes. En definitiva, se encontró que todas las dimensiones del apoyo social, en todo el curso de la vida, producía asociaciones consistentes con la salud (Yang et al., 2015).

En este sentido, se ha encontrado que las personas con menor integración social y mayor aislamiento tienen veces y media más probabilidades de sufrir un evento cardíaco, en comparación con individuos más integrados socialmente (Heffner, Waring, Roberts, Eaton y Gramling, 2011). Estos resultados sugieren que el aislamiento social es un importante factor de riesgo en las enfermedades coronarias.

Por contraposición, se ha encontrado que los pacientes cardíacos que informaban de un mayor apoyo social tenían mejores resultados cardíacos, es decir, menor mortalidad y menor reincidencia de infarto cardíaco (Lett et al., 2005; Lett et al., 2007). Se ha sugerido, por tanto, que el apoyo social que una persona percibe como disponible dentro de su red social se constituye como una variable que determina el desarrollo y progresión de la enfermedad cardíaca, al influir en el malestar de estos pacientes y en sus síntomas, mejorando la experiencia de estrés y angustia, amortiguando los síntomas asociados a la enfermedad cardíaca, al ejercer un efecto desensibilizante sobre la interpretación de las sensaciones de los síntomas y, por tanto, calmante sobre el sistema nervioso simpático.

En relación al tipo de apoyo social que ejerce un mayor impacto en esta población, los resultados no son concluyentes. Algunos autores han encontrado que la cantidad de personas con las que el individuo interactúa, o bien, el número de

interacciones sociales que tiene una persona predice el pronóstico de la enfermedad cardíaca, de tal modo que puntuaciones bajas en estas dimensiones se han asociado con peores resultados cardíacos (Brummett et al., 2001; Horsten, Mittleman, Wamala, Schenck-Gustafsson y Orth-Gomer, 2000; Ruberman, Weinblatt, Goldberg y Chaudhary, 1984). No obstante, otros autores (Lett et al., 2005, Lett et al., 2007; Yang et al., 2015) señalan que no es la cantidad, sino la calidad de las relaciones sociales la que predice la progresión de la enfermedad, destacando que el bajo apoyo social percibido predice el aumento de mortalidad y morbilidad cardíaca en esta población. Seeman y Syme (1987) constataron, en una muestra de pacientes cardíacos, que la red que proporciona apoyo instrumental y sentimientos de ser amado o apoyo emocional tiene más peso en la predicción de arterioesclerosis coronaria, que el tamaño de la red, con independencia de la ocurrencia de otros factores de riesgo estándar. En este sentido, un trabajo reciente sugiere que los objetivos del proveedor del soporte pueden tener implicaciones en la calidad de los vínculos de apoyo y la reactividad cardiovascular. Crocker y Canevello (2008) argumentan que los individuos con intenciones compasivas, es decir, que se centran en el apoyo hacia los demás, sin pretender obtener algo a cambio, proporcionan un apoyo más eficaz a lo largo del tiempo.

3.2.4. Mecanismos explicativos que vinculan el apoyo social y enfermedad cardiovascular

La investigación sobre los posibles mecanismos que vinculan el apoyo social a la salud física han hecho hincapié en la importancia de las vías biológicas, con especial énfasis en la importancia del sistema cardiovascular (Uchino, Carlisle, Birmingham y Vaughn, 2011) y, más concretamente, en la reactividad cardiovascular (Treiber et al., 2003). Existe evidencia empírica que revela fuertes asociaciones entre la reactividad y la enfermedad cardiovascular, tanto en poblaciones sanas como en poblaciones médicas (Treiber et al., 2003).

La perspectiva teórica más influyente en este campo ha sido la hipótesis del apoyo social como amortiguador del estrés (Cohen y Wills, 1985), la cual defiende que el apoyo social percibido ayuda a aliviar el impacto psicofisiológico de los acontecimientos estresantes. En este sentido, la investigación sugiere que los efectos cardiacos agudos durante la exposición a fuentes de estrés que son seguidos por una recuperación rápida suelen ser de menor importancia, mientras que la actividad fisiológica que se mantiene después de la exposición a la situación estresante puede ser un factor de riesgo de ECV (Dienstbier, 1989; Gerin et al., 2012; Ottaviani, Shapiro, Goldstein y Mills, 2007).

En general, los estudios de laboratorio sugieren que el apoyo social disminuye la reactividad cardiovascular frente a eventos estresantes (Gerin, Pieper, Levy y Pickering, 1992; Lepore, Allen y Evan, 1993). De acuerdo con estos hallazgos, un metaanálisis realizado por Thorsteinsson y James (1999) encontró que el apoyo social recibido se asoció con una menor frecuencia cardíaca y una menor reactividad en la presión arterial sistólica y diastólica frente a situaciones estresantes. De igual modo, se ha sugerido que el tipo de apoyo social recibido variará en función de la situación estresante. En este sentido, parece que el apoyo instrumental es más eficaz frente a eventos controlables, mientras que el apoyo emocional se ha mostrado más eficaz ante eventos incontrolables o más inciertos (Cutrona y Russell, 1990). Los resultados de dos estudios, en relación a las diferencias por género, sugieren que los hombres que ante situaciones estresantes reciben apoyo instrumental tienen menos reactividad cardiovascular (Craig y Deichert, 2002; Wilson et al., 1999). Por contraposición, se observó que las mujeres ante estas mismas situaciones estresantes, mostraban menor reactividad cardiovascular y menor gasto cardíaco cuando se les proporcionaba apoyo emocional (Uno, Uchino y Smith, 2002).

En un reciente estudio se ha analizado el efecto en la salud de diferentes tipos de apoyo social (emocional, instrumental, informativo y global). Los indicadores de salud evaluados fueron la presión sistólica y diastólica. En este estudio se observó que los diferentes tipos de apoyo moderaban parcialmente los efectos del estrés, pero solo temporalmente, siendo el apoyo informativo el único que predecía cambios en la presión sistólica y diastólica (Bowen et al., 2014). Parece, por tanto, que la disponibilidad percibida de apoyos sociales que pueden proporcionar información o consejo útil es un recurso de apoyo particularmente pertinente en el contexto de estrés. De hecho, puede ser que la percepción de un apoyo informativo estable sea un recurso de afrontamiento significativo que ejerza un efecto amortiguador entre el estrés diario y la presión arterial.

Se ha adoptado un marco conceptual en el que la positividad y negatividad de las relaciones representan distintas dimensiones separadas (Uchino, Holt-Lunstad y Uno, 2001). Por lo tanto, los individuos dentro de una red social determinada pueden ser fuentes de apoyo positivas, negativas o ambivalentes. En este último caso se combinaría apoyo social positivo y negativo en una misma relación. Diferentes estudios han encontrado que las interacciones sociales ambivalentes, pueden provocar mayores elevaciones en la presión arterial sistólica (Birmingham, Uchino, Smith, Light y Sanbonmatsu, 2009; Gramer y Supp, 2014; Holt-Lunstad, Uchino, Smith y Hicks, 2007; Holt-Lunstad y Clark, 2014; Reblin, Uchino y Smith, 2010), un mayor gasto cardiaco (Uno et al., 2002) e incrementos en la frecuencia cardíaca (Carlisle et al., 2012). Ninguno de estos estudios analizó la influencia mediadora de las evaluaciones cognitivas o de excitación afectiva. Sin embargo, Holt-Lunstad y colaboradores (2007) sugieren que una historia de experiencias negativas anteriores podría contribuir a incrementar la reactividad cardiovascular con independencia de la calidad de la

interacción real. Estas experiencias negativas previas podrían activarse de manera espontánea y sin control consciente por parte de las personas (Ferguson y Bargh, 2004) y socavar la autoeficacia o aumentar la incertidumbre en situaciones que requieren un mayor rendimiento. De igual modo, también se ha contemplado que la mayor reactividad cardiovascular observada en presencia de apoyos ambivalentes podría ser el reflejo de una eficacia reducida de apoyo (Uchino, 2009) y no necesariamente el resultado de socavar la autoeficacia.

Gramer y Supp (2014) analizaron el efecto que el apoyo ambivalente tenía en la anticipación del estrés y en la recuperación posterior frente a una tarea de ejecución, los resultados encontrados fueron que el apoyo ambivalente incrementaba el gasto cardiaco y la presión sistólica en las dos situaciones evaluadas, antes de la situación estresante y después de la misma, es decir, el estrés percibido anticipado era mayor y se prolongaba durante más tiempo, una vez concluida la tarea, en sujetos con apoyo social ambivalente, siendo las puntuaciones fisiológicas evaluadas mayores que en la situación de control, en la que los sujetos no disponían de ningún tipo de apoyo social. Este patrón de respuesta vascular podría indicar un exceso de vigilancia excesiva y hostil (Smith, Ruiz y Uchino, 2000) o un afrontamiento inhibido (Obrist, 1981). Posiblemente, las interacciones con apoyos ambivalentes pueden provocar situaciones que requieren una mayor vigilancia mental, al implicar una mayor incertidumbre en la interacción, frente a las relaciones de apoyo positivo, que parecen tener una influencia calmante ante situaciones estresantes y favorecen la adopción de respuestas de afrontamiento más eficaces. La vigilancia también podría explicar porqué la activación mental es mayor en las relaciones ambivalentes.

En este sentido, Yang y colaboradores (2015) encontraron evidencia de que la tensión social era un factor predictivo de peores resultados fisiológicos frente al apoyo

social común. Esto sugiere la importancia de considerar la angustia psicosocial devenida como consecuencia de intercambios sociales negativos, como un factor de riesgo para la salud. También encontraron que la integración social informada durante la adolescencia, predecía un mejor y más saludable funcionamiento cardiovascular, que en la edad adulta. De igual modo, en la adolescencia, el apoyo social ejercía un factor protector de salud más fuerte, que en otras etapas de la vida. A tenor de estos resultados, la etapa adolescente podría ser un momento clave para construir los cimientos de modelos de interacción positivos.

Evaluaciones empíricas de esta hipótesis en el contexto de laboratorio, sugieren que la presencia de otras personas como fuente de apoyo (Phillips, Carroll, Hunt y Der, 2006; Phillips, Gallagher y Carroll, 2009) o la activación mental de vínculos de apoyo inducida a través de escritos o cartas que las personas pueden leer durante la realización de la tarea (Ratnasingam y Bishop, 2007 y Smith et al., 2004; Van Well y Kolk, 2008) puede atenuar la reactividad cardiovascular durante la exposición a una fuente de estrés. No obstante, otros autores no han podido replicar los efectos amortiguadores a nivel fisiológico del apoyo social frente a una situación estresante (Creaven y Hughes, 2012; Taylor et al., 2010). Y otros autores incluso han encontrado que la presencia de otras personas desencadena incrementos en la tensión y aumentos en la reactividad cardiovascular (Christenfeld y Kulik, 2002; Gramer y Reitbauer, 2010; Phillips et al., 2009). Estos resultados discrepantes se han atribuido, bien, a la influencia de la potencial evaluación por parte de otros (Allen, Blascovich y Mendes, 2002; Phillips et al., 2009), bien, al resultado del mayor esfuerzo realizado por el sujeto como consecuencia de sentirse motivado y autoeficaz tras verse apoyado por otros (Gramer y Reitbauer, 2010; Hilmert, Christenfeld y Kulik, 2002; Kamarck, Petermany Raynor, 1998). En ese sentido, cabe señalar que las teorías psicofisiológicas (Obrist, 1981;

Wright y Kirby, 2001) han aportado pruebas convincentes de que la reactividad cardiovascular experimentada, como resultado del esfuerzo realizado es directamente proporcional a la dificultad de la tarea, siempre y cuando la persona perciba que es capaz de hacerla. Por otro lado, se ha observado que en situaciones en las que los individuos perciben que la situación supera sus capacidades para hacer frente a una tarea determinada, las respuestas de afrontamiento se atenúan y se produce un patrón de reactividad cardiovascular inhibido (Brehm y Self, 1989). De igual modo, se ha observado que el apoyo social puede favorecer respuestas de afrontamiento más eficaces, a través de la reducción en el esfuerzo o dificultad de la tarea, o bien a través de la mejora de los sentimientos de autoeficacia y control de la situación (Schnall, Harber, Stefanucci y Proffitt, 2008).

A este respecto, existe una perspectiva sobre el apoyo social que afirma que los individuos desarrollan representaciones internas de apoyo, es decir, esquemas de apoyo que reflejan los patrones de interacción de sus relaciones sociales. A propósito de esto, existe una investigación sustancial que muestra que la percepción de apoyo puede ser un correlato más fiable, que el apoyo real per se, en relación a las respuestas cardiovasculares emitidas ante eventos estresantes (Creaven y Hughes, 2012; Gramer y Reitbauer, 2010). Los estudios científicos revelan que la activación mental de apoyo social puede tener efectos beneficiosos en situaciones de ausencia de ayuda real. Cuando los esquemas de apoyo se activan pueden alterar las evaluaciones de amenaza, estados de ánimo y capacidad de afrontamiento en momentos de estrés (Pierce, Baldwin y Lydon, 1997). Además, los esquemas de apoyo pueden recuperarse a través de la memoria y tener un efecto más duradero sobre la reactividad fisiológica (Bloor, Uchino, Hicks y Smith, 2004). Las personas internalizan sus experiencias interpersonales en representaciones mentales de lazos de apoyo (Pierce et al., 1997). Se ha encontrado que

la activación de esquemas de apoyo social frente a situaciones estresantes reduce la reactividad cardiovascular (Ratnasingam y Bishop, 2007). Desde este prisma, el apoyo social puede ejercer una influencia beneficiosa en la salud cardiovascular, incluso sin transacciones de apoyo reales. De hecho, los efectos del apoyo social real bien pueden estar mediados, en parte, por la activación de estos esquemas. Los mecanismos exactos que vinculan la activación de esquemas de apoyo y la reducción de las respuestas de estrés están aún pendientes de establecerse. Sin embargo, como han sugerido Pierce y colaboradores (1997) las representaciones activadas de lazos de apoyo pueden funcionar mediante la reducción de las evaluaciones de amenaza y mejoras en la capacidad de afrontamiento. En línea con esta explicación, Ratnasingam y Bishop (2007) encontraron que la activación cognitiva de lazos de apoyo reduce significativamente los sentimientos de ira y evaluaciones negativas en relación al evento estresante y contribuyen a reducir la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica y diastólica.

En un estudio ambulatorio realizado por Piferi y Lawler (2006) se encontró que la tendencia a dar apoyo social fue un predictor significativo de reducciones en la presión arterial sistólica y diastólica y de frecuencia cardíaca menor, frente al apoyo recibido, que fue un predictor significativo de la presión sistólica, únicamente. Estos autores postularon que la prestación de apoyo podría contribuir a aumentar la autoeficacia, disminuir el estrés, favoreciendo, así, una mejor salud cardiovascular. Nealey, Smith y Uchino (2002) encontraron que la prestación de apoyo se asoció con un mayor incremento en la activación simpática cardíaca y una reducción en la resistencia cardiovascular. En suma, parece que la provisión de apoyo y no solo la recepción del mismo, puede propiciar resultados cardiovasculares más saludables.

3.3. Autoeficacia

Desde La Teoría Cognitivo Social se concibe la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para conseguir determinados logros o resultados (Bandura, 1994), así como, las creencias en nuestras capacidades para afrontar nuevos desafíos con objeto de conseguir los objetivos propuestos (Bandura, 1977/2004). A diferencia de la autoestima, o autovaloración personal, la autoeficacia tiene que ver con la percepción que el individuo tiene acerca de su capacidad para conseguir un determinado logro. No obstante, ambos constructos mantienen relación entre sí, ya que el sentimiento de autoeficacia contribuye a incrementar el grado de persistencia e implicación en la realización de tareas de cierta complejidad, lo que influiría positivamente en la resolución de las mismas, con el consiguiente impacto en la autoestima (Schunk y Meece, 2006).

Esta teoría distingue entre expectativas de eficacia o autoeficacia, que tal como se ha expuesto se refiere a la capacidad para ejecutar con éxito un determinado comportamiento, de las expectativas de resultados o de acción-resultados, definidas como la probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinados resultados (Bandura, 1977). Este autor, propone que ambos tipos de expectativas se relacionan y actúan en gran medida, como determinantes de la elección de actividades, del esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, de los patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales.

Las expectativas, tanto de autoeficacia como de resultados, se conciben no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se reelaboran constantemente a partir del procesamiento cognitivo y de la integración de la información procedente de diferentes fuentes de información. En concreto, en relación con la autoeficacia estas fuentes son: a) experiencia de dominio directa, es decir, la

experimentación de éxito en el pasado en la realización de tareas similares, b) experiencia vicaria o a través de la observación de ejecución exitosa por parte de otros, c) persuasión verbal, o apoyo por parte de otros, e d) indicadores de activación fisiológica y emocional, que se refieren a la interpretación que las personas realizan de los diferentes indicadores fisiológicos de activación emocional. En líneas generales, todo indicador fisiológico que se interprete como vulnerabilidad minará las creencias de autoeficacia, mientras que si se percibe como normal y fruto del esfuerzo realizado no la minará (Bandura, 1977).

Generalmente la autoeficacia se circunscribe a situaciones específicas, es decir, a la capacidad para afrontar una determinada situación o desempeñar una conducta determinada. Sin embargo, algunos autores coinciden en que también se la puede considerar como un constructo global más amplio que haría referencia a una creencia estable que tienen las personas acerca de su capacidad para gestionar adecuadamente una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana. Desde esta óptica, la autoeficacia se concibe como una expectativa de autoeficacia generalizada (Luszczynska, Gibbons, Piko y Tekosel, 2004).

En la medida, por tanto, de que las expectativas actúan como determinantes de la conducta, pueden utilizarse como predictores de la misma (Schwoerer, May, Hollensbe y Mencl, 2005). Las expectativas de autoeficacia específicas se derivan de situaciones pasadas, ya conocidas y habituales, mientras que las expectativas de autoeficacia generales, pueden explicar un amplio rango de conductas y resultados de afrontamiento aplicables a contextos menos específicos o, bien, al desempeño de varias conductas (Luszczynska et al., 2004).

Algunos autores han encontrado una relación unidireccional entre ambas variables, es decir, las percepciones de autoeficacia específicas influyen en la

percepción de autoeficacia general, y no al revés (Hendy, Lyons y Breakwell, 2006). Por su parte, Ebstrup, Eplov, Pisinger y Jorgensen (2011) consideran que las percepciones específicas de autoeficacia están mediadas por la influencia que ejercen determinados rasgos de personalidad en la percepción del estrés, lo cual influiría en el nivel de autoeficacia general y en el afrontamiento de autoeficacia.

La expectativa de autoeficacia, por tanto, influye en los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas. Las personas con pocas expectativas tienen a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre sí mismos y sus capacidades. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita cogniciones relacionadas con habilidades propias, actuando, por tanto, estos pensamientos como motivadores de la acción. Por último, y en lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, que implican alcanzar metas más altas y persisten más en sus propósitos (Bandura, 1977).

Una de las variables que se ha observado guarda una fuerte relación con la autoeficacia es la disponibilidad psicológica de recursos, o la creencia de las personas de que disponen de recursos emocionales, físicos y cognitivos suficientes para afrontar los retos con éxito (May, Gilson y Harter, 2004).

La percepción de autoeficacia ha sido contemplada como una variable antecedente de las respuestas de afrontamiento (Carver et al., 1989; Folkman y Lazarus, 1985; Lazarus y Folkman, 1984; 1986). Concretamente, se ha constatado que la expectativa generalizada de autoeficacia promueve la utilización de un tipo de afrontamiento centrado en la modificación de situaciones estresantes (Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez, 2000) y en la disminución de las estrategias pasivas o de evitación (Smith et al., 1995).

3.3.1. Autoeficacia y salud

La autoeficacia ha demostrado guardar relación con comportamientos promotores de salud y con la disminución de síntomas físicos y psicológicos (Tsay y Healstead, 2002). A su vez, se ha asociado negativamente con la depresión y la ansiedad (Strecher, DeVellis, Becker y Rosenstoch, 1986). De igual modo, bajos niveles de autoeficacia se relacionan con malestar psicológico, afecto negativo y disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos (Wu, Tang y Kuok, 2004). Por contraposición, los altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo más positivos, estado de salud más favorable (Lorig y Holman, 2003), mayor cumplimiento de prescripciones médicas (Brady, Tucker, Alfino, Tarrant, y Finlayson, 1997) y actitudes más favorables hacia el personal sanitario y el tratamiento (Zrinyi, 2001).

Las creencias de autoeficacia juegan un importante factor protector en la salud. Se ha demostrado que predicen una amplia gama de comportamientos que promueven la salud, en el contexto de una enfermedad crónica (Arnold et al., 2005; Bandura, 2004; Schwarzer, 2001). Desde la Psicología de la Salud, en los últimos años se han estimulado una cantidad considerable de estudios empíricos que han mostrado el efecto beneficioso de la autoeficacia en diferentes conductas y aspectos relacionados con la salud, como el hábito de fumar, el alcoholismo, el tratamiento psicológico del dolor, el estrés, la adherencia a la rehabilitación cardiaca (Bakker, Nijkamp, Sloot, Berndt y Bolman, 2015; Luszczynska y Sutton, 2006; Sniehotta, Scholz, Schwarzer, 2005), la recuperación de la función cardiaca tras la rehabilitación (Izawa et al., 2005), las hospitalizaciones futuras (Buck et al., 2015), mejoras en la salud y en la función física (Sullivan, LaCroix, Russo y Katon, 1998; Sarkar, Ali y Whooley, 2007), niveles más bajos de sintomatología ansiosa y depresiva (Sarkar et al., 2007; Sullivan et al., 1998) y cambios conductuales orientados a la práctica ejercicio físico (Bandura 1997;

D'Angelo et al., 2014). La autoeficacia, por tanto, cobra especial relevancia si tenemos en cuenta que alrededor del 40% de la mortalidad puede atribuirse a las conductas de salud (McGinnis y Foege, 1993; Mokdad, Marks, Stroups y Gerberding, 2004).

En relación a las conductas preventivas de salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios demuestran que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud mejor, estar menos enfermos o deprimidos y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Grembowski et al., 1993).

Las creencias de autoeficacia, por tanto, desempeñan un papel determinante en la modificación o adopción de diferentes conductas de salud. Estas son especialmente importantes en los programas de rehabilitación cardíaca, tales como hacer dieta (Aljaseem, Peyrot, Wissow y Rubin, 2001), la realización de actividad física (Aljaseem et al., 2001; Arnold et al., 2005; D'Angelo et al., 2014), la adherencia a los tratamientos médicos (Clark y Dodge, 1999), el mantenimiento del peso y la reducción en la ingesta de alcohol y consumo de tabaco (Ashford, Edmunds y French, 2010; Bandura, 1977, Bandura, 1997).

Un reciente estudio ha analizado qué variables tienen más influencia en el contexto de las conductas de salud evaluando la asistencia a un programa de vacunación contra la gripe. El apoyo social, la planificación de la acción y la autoeficacia percibida fueron examinadas como predictores de la participación en el programa de vacunación. Los resultados encontrados fueron que los tres predictores representaron conjuntamente el 47% de la varianza en la participación en la vacunación. En análisis más detallados, se observó que la planificación ejercía un papel mediador entre la autoeficacia y la

vacunación, mientras que el apoyo social influía en las conductas de vacunación, favoreciendo las creencias de autoeficacia (Ernsting, Knoll, Schneider y Schwarzer, 2015).

En relación a la práctica de actividad física, distintos hallazgos indican que las percepciones de autoeficacia juegan un significativo rol en la conducta de hacer ejercicio (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson y Martin, 2001). Es decir, se ha observado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con niveles más bajos de autoeficacia (McAuley, Talbot y Martínez, 1999). Además, las personas más autoeficaces tienen sentimientos muchos más fuertes de efectividad para realizar ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia (Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, 1994).

Existen diferentes aproximaciones teóricas que explican los mecanismos psicosociales que determinan los esfuerzos que las personas hacen para regular las conductas de salud. Rothman y colaboradores (2004) propusieron cuatro fases para describir como los procesos psicológicos y las conductas de salud difieren en relación a las conductas de inicio y de mantenimiento. La motivación y la competencia percibida o autoeficacia desempeña un papel clave, que interviene en todas las fases del cambio de conducta. La autoeficacia desempeña un papel determinante tanto en el inicio de las conductas de salud como en fases posteriores, contribuyendo así a mantener la motivación necesaria para consolidar la conducta deseada en el tiempo (Rothman, Baldwin, Hertel y Fuglestad, 2004).

Durante la fase inicial, la sensación de autoeficacia facilita que la persona haga la transición a la segunda fase, la de continuación de la conducta de salud, hasta que la

persona adquiera dominio de la nueva conducta, lo que dará lugar a una fase de mantenimiento posterior, que culminará en la interiorización de un hábito de conducta (D'Angelo et al., 2014).

Las expectativas de eficacia pueden influir en la salud a través de sus efectos motivacionales y a través de sus efectos emocionales, entendidos éstos, como la capacidad de modulación de la reactividad fisiológica ante estímulos estresantes. En este sentido, Bandura (1977) argumentó que un bajo nivel de autoeficacia correlacionaría con niveles de arousal más elevados o una mayor activación fisiológica, lo cual tendría su impacto en la salud. Así, se ha observado que un bajo nivel de eficacia percibida en el control de estresores psicológicos, está acompañada por elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas (Bandura et al., 1985). Por otro lado, se ha demostrado que las distintas reacciones de estrés son bajas cuando la gente percibe mayores niveles de autoeficacia para lidiar con el estrés (Wiendenfeld et al., 1990). Estos resultados apoyan la hipótesis de que la autoeficacia percibida ante eventos estresantes es un modulador del sistema inmunológico.

En este sentido, una serie de investigaciones realizadas por Bandura y colaboradores (1985) han puesto de manifiesto que la autoeficacia modula los parámetros en que se cuantifica la actividad autonómica del organismo: frecuencia cardíaca, presión sanguínea y liberación de catecolaminas periféricas, tales como adrenalina y noradrenalina (Bandura, Taylor, Williams, Medford y Barchas, 1985), la actividad de los mecanismos opiáceos y no opiáceos del control del dolor (Bandura, O'Leary, Taylor, Gauthier y Gossard, 1987) y la inmunocompetencia o capacidad del sistema inmunitario de hacer frente a las agresiones de agentes patógenos,

especialmente del sistema de inmunidad celular, linfocitos T (Wiedefeld et al., 1990) y niveles más bajos de cortisol en sangre (McGuffey, 2001).

En cuanto a las variables motivacionales de carácter cognitivo que determinan la elección de determinadas conductas y el esfuerzo destinado a estas, las expectativas de eficacia: a) pueden regular los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud, como conductas adictivas y determinadas pautas alimentarias, b) pueden determinar el esfuerzo y persistencia para ejecutar conductas favorecedoras de la salud, c) la autoeficacia respecto de las capacidades físicas pueden influir en la rapidez y magnitud de la recuperación después de traumas físicos o enfermedades.

Las expectativas de autoeficacia pueden influir también en la salud a través de sus efectos de carácter emocional, pues parece que la capacidad percibida para hacer frente a situaciones estresantes es una variable psicológica crítica en la modulación de la reactividad fisiológica. En este sentido, existe evidencia empírica que sugiere que existe una relación entre la autoeficacia, el bienestar y la salud. En relación a esto, diversos investigadores han encontrado que las creencias de autoeficacia se asocian con un mayor afecto positivo y una mayor salud física (Schwerdtfeger, Konermann y Schönhofen, 2008). Estos resultados se atribuyen, en parte, a las creencias psicológicas que subyacen al constructo de autoeficacia, las cuales conforman un sentimiento físico, emocional y cognitivo de éxito (Kim, Hollensbe, Halbesleben y Schwoerer, 2015).

Sirois y Hirsch (2013) analizaron en una muestra de pacientes con artritis, la relación existente entre el crecimiento postraumático y autoeficacia y los síntomas depresivos. Los resultados que encontraron fueron que la autoeficacia impacta en el bienestar experimentado, al favorecer las expectativas de crecimiento futuro, reduciendo así, la sintomatología depresiva en estos pacientes.

De igual modo, las creencias de autoeficacia, ejercen un efecto importante en la reducción del malestar emocional. Un reciente estudio ha analizado la relación entre la resiliencia, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento y los síntomas depresivos y de ansiedad en una muestra de pacientes con esclerosis múltiple. Los resultados encontrados fueron que las variables que predijeron menores síntomas depresivos fueron la resiliencia y la autoeficacia, concretamente dos subescalas de estas, la capacidad para recuperar la competencia personal y la prevención en el consumo de sustancias (Tan-Kristanto y Kiropoulus, 2015).

3.3.2. Autoeficacia en pacientes cardiacos

En relación a los pacientes cardiacos, se ha observado que la autoeficacia predice los síntomas depresivos y de ansiedad en esta muestra de pacientes (Steca et al., 2013). Estos autores investigaron en una muestra de pacientes cardiacos, qué variables psicológicas ejercían un papel mediador en el bienestar psicológico, encontrando que las creencias de autoeficacia y la percepción de la severidad de la enfermedad ejercían un papel determinante en la gestión de los factores de riesgo cardiacos, tales como la dieta, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la exposición a situaciones estresantes.

La importancia de que los pacientes cardiacos realicen prácticas deportivas y de actividad física ha sido fuertemente documentada (Leon et al., 2005). La práctica de ejercicio físico en pacientes cardiacos se ha asociado con una menor tasa de mortalidad, que oscila entre el 20% y el 26% (Taylor et al., 2004). No obstante, y a pesar de esto, menos de la mitad de los pacientes cardiacos realizan una práctica física regular (Reid et al., 2006). De aquellos pacientes que inician un programa de rehabilitación cardiaca orientado a incrementar la movilidad y resistencia física, solo entre un 15% a un 50%, de estos pacientes cardiacos continúan practicando ejercicio de tres a seis meses

después, y muchos menos continúan la práctica deportiva transcurrido un año (Bock et al., 2003).

La autoeficacia es un importante predictor de la práctica de ejercicio físico, capacidad predictiva que se mantiene tanto en el corto como en el largo plazo (Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, Scholz y Lippke, 2008). La premisa teórica es que las personas son más propensas a involucrarse en actividades en las que se sienten más autoeficaces y menos, en aquellas en las que no se perciben eficaces. No obstante, la relación entre autoeficacia y conducta es recíproca, de tal modo que la autoeficacia promueve conductas de salud y la práctica de estas, a su vez, incrementa la percepción de autoeficacia (Bandura, 1997).

Las creencias que mejor predicen la autoeficacia según Bandura (1997) son las relativas a las experiencias de dominio, la autopersuasión y la reducción de estados de ánimo negativos (Warner et al., 2014). La experiencia de dominio hace referencia a las experiencias de éxito en tareas pasadas, lo cual, constituye un auténtico indicador de la propia capacidad para lograr tareas similares en el futuro. En relación a la actividad física, se ha encontrado que la experiencia de dominio incrementa la autoeficacia (Ashford et al., 2010). La autopersuasión o diálogo interno parece ser una fuente confiable de autoeficacia (Chase, Magyar y Drake, 2005; Hatzigeorgiadis, Zourbanos, Goltsios y Theodorakis, 2008).

Respecto a los estados de ánimo negativos, los datos demuestran que estos disparan la reactividad fisiológica e incrementan los sentimientos de vulnerabilidad, lo que podría alterar las creencias de autoeficacia y, por ende, al rendimiento en la práctica de actividad física. Por contraposición, los estados de ánimo positivos favorecerían las creencias de autoeficacia, a través de sentimientos de confianza y seguridad en uno mismo y en las propias capacidades (Bandura, 1997).

Para mantener los beneficios saludables de la práctica deportiva es importante que esta se mantenga en el tiempo. Los procesos que regulan el inicio y el mantenimiento de la práctica de ejercicio físico son diferentes. Es por esto, que la tasa de adherencia a la práctica deportiva difiere del corto al largo plazo.

Un reciente estudio de Blanchard, Arthur y Gunn (2015) analiza la asociación existente entre las expectativas de autoeficacia en relación a la práctica de la actividad física en una muestra de mujeres que acudían a un programa de rehabilitación cardíaca. La actividad física se evalúa al principio de dicho programa, al final, y a los seis y doce meses tras la finalización del mismo. Los resultados sugieren que las mujeres que presentaban puntuaciones más bajas en autoeficacia y menores expectativas favorables como resultado de la actividad física regular, fueron las más inactivas en los diferentes momentos temporales evaluados. Por contraposición, aquellas mujeres con altas puntuaciones en autoeficacia y expectativas de resultados favorables se involucraron en mayor medida con la actividad física, conducta que además mantenían transcurridos seis y doce meses de la finalización del programa.

3.4. Recursos psicosociales y encuentro de beneficio

Los recursos de afrontamiento, apoyo social y autoeficacia, descritos en apartados previos coinciden con tres componentes que se proponen en el encuentro de beneficio, que son mejoras en la capacidad de afrontar las situaciones, en las relaciones sociales y en las capacidades personales, respectivamente.

El Modelo de Crecimiento Postrumático propuesto por Carver (1998) señala la importancia que tienen los recursos psicosociales en este proceso. Concretamente, destaca que son especialmente importantes las respuestas de afrontamiento que promueven un sentido de control y eficacia en los procesos de ajuste físico y psicológico, en el contexto de una enfermedad crónica.

En relación al papel mediador de los recursos psicosociales, Tedeschi y Calhoun (1995) sugieren que existe una relación curvilínea entre la salud psicológica o recursos personales previos de los individuos y el crecimiento postraumático.

Es decir, tanto aquellos individuos con altos recursos personales como aquellos otros con bajos recursos serán menos propensos a desarrollar un proceso de crecimiento postraumático. Los individuos con altos recursos y altos niveles de bienestar psicológico no obtendrán tantos beneficios adicionales como resultado de experimentar la situación adversa, frente a los individuos con recursos moderados. De igual modo, las personas con limitaciones psicológicas probablemente tendrán menos recursos, lo cual les incapacitaría, en mayor medida, para llevar a cabo un proceso de reestructuración de sus esquemas vitales con motivo de la ocurrencia del evento traumático.

Algunos de los recursos psicosociales que más se han asociado con encuentro de beneficio son el apoyo social y las estrategias de afrontamiento (Patri y Pientratonni, 2009). En su revisión metanalítica, estos autores encontraron que los mejores predictores del crecimiento postraumático o encuentro de beneficio fueron las estrategias de afrontamiento de reestructuración cognitiva positiva y el afrontamiento basado en la religión, junto con el apoyo social.

Recientes investigaciones sugieren que las intervenciones dirigidas a reevaluar el impacto negativo de un suceso traumático, mejorar las habilidades en el uso de estrategias de afrontamiento y facilitar un ambiente de apoyo que favorezca la relación con otros, podría favorecer los procesos de crecimiento postraumático ante eventos traumáticos (Yeung, Lu, Wong y Huynh, 2015).

En líneas generales, parece que las personas que perciben los acontecimientos negativos como retos o desafíos tienden a ser más abiertos al cambio (Bardi, Guerra y Ramdeny, 2009) y tienen más confianza para hacer frente a las adversidades de la vida

(Folkman, 2008), lo cual, a su vez, podría contribuir a encontrar más beneficio tras la ocurrencia de eventos negativos. En este sentido, se ha observado que cuando las situaciones son percibidas como retos o desafíos, se desencadenan recursos de afrontamiento más adaptativos, los cuales favorecen el crecimiento postraumático, mientras que las situaciones que son percibidas como amenazantes o que superan los recursos disponibles para hacerlas frente, pueden desencadenar en deficiencias en los procesos de afrontamiento, magnificando la gravedad de posibles amenazas (Benight y Bandura, 2004), obstaculizándose, así, los procesos de crecimiento postraumático.

El encuentro de beneficio se ha relacionado positivamente con las estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas, las estrategias de reestructuración cognitiva positiva, el apoyo en la religión y la espiritualidad (Hegelson et al., 2006; Pooley, Cohen, O'Connor y Taylor, 2013; Linley y Joseph, 2004; Prati y Pietrantonio, 2009; Senol-Durak y Ayvasik, 2010; Yeung et al., 2015), y de manera inversa con el afrontamiento de evitación, como el abuso de sustancias, negación o desahogo emocional (Foster et al., 2013; Hooberman et al., 2010; Pooley et al., 2013; Schultz, Tallman y Altmaier, 2010; Ullman, 2014; Urcuyo, Boyers, Carver y Antoni, 2005).

No obstante, los resultados en este sentido, no son concluyentes, debido a que algunos estudios han demostrado que las estrategias de evitación correlacionan con un menor crecimiento postraumático (Frazier, Berman, Steger y Long, 2004; Kashdan y Kane, 2011), mientras que otros no han encontrado ninguna relación (Park, Aldwin, Fester y Snyder, 2008; Solomon y Dekel, 2007). Parece, por tanto, que la evitación emocional y preocupación o rumiación excesiva, en torno al evento traumático, dificulta la apertura y procesamiento emocional y cognitivo necesario para encontrar beneficio ante la adversidad (Hijazi et al., 2015).

En relación a las estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación, los resultados encontrados son contradictorios. Mientras algunos estudios han encontrado asociaciones no significativas entre estas y el crecimiento postraumático (Low, Stanton, Thompson, Kwan y Ganz, 2006; Park, Mills-Baxter y Fenster, 2005; Scignaro, Barni y Magrin, 2011), otros autores han encontrado relaciones positivas significativas entre ambos constructos (Yeung et al., 2015). Los resultados inconsistentes en la literatura científica pueden ser potencialmente explicados por los diferentes tipos de aceptación que utilizan las personas para hacer frente a los acontecimientos estresantes. Los investigadores han sugerido que la aceptación se puede diferenciar en formas activas y pasivas (Nakamura y Orth, 2005). La aceptación activa se ha relacionado con la planificación y el afrontamiento activo y la aceptación pasiva o resignada con la negación y desconexión conductual (Nakamura y Orth, 2005). Es decir, parece que cuando los individuos aceptan la ocurrencia del trauma sin realizar un procesamiento activo o asimilación del acontecimiento traumático son menos propensos a experimentar crecimiento postraumático (Yeung et al., 2015).

Las estrategias de reestructuración cognitiva positivas frente a las estrategias orientadas a la resolución de problemas juegan un papel determinante en situaciones donde las personas no pueden cambiar la situación, es decir, en situaciones no controlables. En estas situaciones, estas estrategias de reestructuración cognitiva positiva contribuyen a reducir el malestar y facilitan el crecimiento postraumático (Kastenmüller et al., 2012) favoreciendo un procesamiento cognitivo o rumiación más deliberada y constructiva (Tedeschi y Calhoun, 2004). En líneas generales, las personas que utilizan estrategias de reestructuración cognitiva positiva tienden a ver los eventos negativos como oportunidades para aprender cosas nuevas y fortalecer sus relaciones con los demás (Lambert, Fincham, Stillman y Dean, 2009). Es por esto que tienen más

probabilidades de encontrar significado frente a la adversidad y experimentar crecimiento postraumático (Park et al., 2008).

La religiosidad o espiritualidad también guarda una estrecha relación con el crecimiento postraumático. Algunas explicaciones incluyen la posibilidad de que la religión sirva para proporcionar apoyo social, y para dotar de sentido y significación a la experiencia traumática y a ayudar a las personas a encontrar un propósito en sus vidas (Joseph, 2011; Thomas y Savoy, 2014). Estas relaciones también se han observado en pacientes cardíacos, donde se ha encontrado que la espiritualidad juega un importante rol en la capacidad para encontrar beneficio, tras ser intervenidos quirúrgicamente (Ai, Hall, Pargament y Tice, 2013).

Se han encontrado varias variables religiosas que se han relacionado con un mayor crecimiento postraumático o encuentro de beneficio, incluyendo la apertura existencial, la religiosidad intrínseca y la participación religiosa (Linley y Joseph, 2004; 2005; Shaw, Joseph y Linley, 2005). El afrontamiento religioso también se ha vinculado con el crecimiento postraumático (Pargament et al., 2000; Pargament, Smith, Koenig y Pérez, 1998). Debido a que el crecimiento postraumático involucra cambios en un mismo y en las relaciones con los demás, algunos autores, han sugerido que la relación entre crecimiento postraumático o encuentro de beneficio y religión podría estar parcialmente mediada por la capacidad de perdón (Enright y Fitzgibbons, 2000; McCullough, Root y Cohen, 2006; Schultz et al., 2010).

Las diferentes tradiciones religiosas suelen alentar el perdón, proporcionando modelos de conducta que promueven la empatía, la compasión, la capacidad de perdón y proporcionan apoyo emocional (McCullough, Bono y Root, 2005; Tsang, McCullough y Hoyt, 2005). La capacidad de perdón se ha definido como el proceso interpersonal mediante el cual un individuo que ha sido agraviado o perjudicado por

otro adopta repuestas positivas hacia el ofensor, tales como la compasión o la empatía frente a respuestas emocionales más negativas, como el enfado o la ira (McCullough, Pargament y Thoresen, 2001; Wade y Worthington, 2005). La influencia del perdón sobre el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio se ha relacionado con la importancia que los individuos dan a la espiritualidad o religión (Schultz et al., 2010). De igual modo, parece que la religión y la espiritualidad podrían proporcionar un marco de referencia adecuado para la construcción de significados vitales profundos y adaptativos.

En relación al apoyo social, son muchos los investigadores que han destacado el papel mediador de este en los procesos de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio, al considerarlo como un predictor de cambios positivos en las personas, tras la ocurrencia de un evento traumático (Tedeschi y Calhoun, 2004). No obstante, otros autores no han encontrado relaciones significativas positivas entre apoyo social y encuentro de beneficio (Pascoe y Edvardsson, 2013).

Una explicación pausable a los resultados contradictorios, podría ser que la relación entre el apoyo social y encuentro de beneficio esté mediada por las estrategias de afrontamiento, distinguiendo así entre el apoyo social percibido y la búsqueda de apoyo social (Schaefer y Moos, 1998). Estos autores consideran que la conducta activa de búsqueda de apoyo social incrementa las aptitudes o recursos sociales en las personas, mejorando las relaciones de intimidad y reduciendo los sentimientos de aislamiento y soledad. Así, parece que el efecto beneficioso de los recursos personales y sociales está parcialmente mediado por la búsqueda de apoyo social, que promueve la adopción de estrategias de afrontamiento más efectivas (Luszczynska, Mohamed y Schwarzer, 2005; Prati y Pietrantonio, 2009). Desde este prisma, el apoyo social se concibe como una forma de afrontamiento frente a la adversidad y no como un mero

resultado (Kim, Sherman y Taylor, 2008). Estas diferentes aproximaciones al constructo de apoyo social, podrían explicar los resultados contradictorios existentes en la literatura científica.

El apoyo social impacta de manera diferencial en las diferentes fases tras la experimentación del evento traumático, así, parece que el apoyo social juega un papel crucial en las primeras fases tras la experimentación del trauma, y menos en las fases posteriores (Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert y Knoll, 2006). De igual modo, puntuaciones altas en apoyo social percibido predicen la utilización de estrategias de afrontamiento más eficaces (Schaefer y Moos, 1998) y promueven el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio al ayudar a construir narrativas vitales alternativas y ofrecer nuevas perspectivas que contribuyan a la modificación de los esquemas disfuncionales y la construcción de otros nuevos, más adaptativos que ayuden a integrar la nueva realidad devenida tras la ocurrencia de la situación traumática (Tedeschi y Calhoun, 2004; Ullman, 2014).

La autoeficacia y el crecimiento postraumático también se han relacionado en la literatura científica. Un reciente estudio ha analizado el efecto de la autoeficacia y el crecimiento postraumático junto con diferentes variables de personalidad. Concretamente, se ha observado que las personas que presentan puntuaciones altas en la dimensión de tesón, dentro del Modelo de personalidad de los Cinco Factores (McCrae y Costa, 1985), las cuales se caracterizan por tener un mayor control de sus impulsos, una mejor regulación y planificación de objetivos y una mayor persistencia, tenían mayores posibilidades de desarrollar un proceso de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio frente a la adversidad (Lightsey et al., 2014). A su vez, el tesón se ha relacionado fuertemente con el propósito vital (Steger y Frazier, 2005) y con un mayor bienestar subjetivo (Strobel, Tumasjan y Spörrle, 2011). Los resultados sugieren que la

relación entre el tesón y la dimensión del bienestar psicológico conocida como propósito vital, está mediada por las creencias de autoeficacia. Es decir, el tesón podría favorecer los procesos de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio mediante un incremento en las creencias de autoeficacia, aumentando la frecuencia de pensamientos positivos frente a los negativos (Lightsey et al., 2014).

También se ha encontrado que el encuentro de beneficio podría ejercer un papel moderador entre la autoeficacia y la adherencia a los tratamientos médicos y entre la autoeficacia y un mejor funcionamiento físico, en pacientes infectados con el VIH (Luszczynska et al., 2007).

En un estudio longitudinal realizado por Luszczynska y colaboradores (2005) se analizó, en una muestra de pacientes oncológicos, el efecto de los recursos psicosociales antes mencionados, tomados conjuntamente. La autoeficacia y el apoyo social fueron evaluados un mes después de la intervención quirúrgica, las estrategias de afrontamiento, seis meses después y el encuentro de beneficio, transcurridos doce meses tras la operación quirúrgica. Se estudiaron cuatro dimensiones del encuentro de beneficio: crecimiento personal, aceptación de la imperfección de la vida, sensibilidad hacia otros y mejora en las relaciones familiares. Los resultados encontrados revelaron que las creencias de autoeficacia tenían efectos directos en el crecimiento personal, la aceptación de la imperfección de la vida y en la sensibilidad hacia otros, mientras que el apoyo social percibido se asoció con cambios positivos en las relaciones familiares. Los efectos de la autoeficacia en la aceptación de la imperfección de la vida estuvieron mediados por las estrategias de afrontamiento de reestructuración cognitiva positiva, mientras que los efectos de la autoeficacia en el crecimiento personal y la sensibilidad hacia otros estuvieron mediados por estrategias de afrontamiento activas, orientadas a la resolución de problemas.

3.5. Resumen

Los recursos psicosociales se conciben como factores de protección contra la adversidad que ayudan al individuo a llevar a cabo una evaluación y afrontamiento adecuado ante las diferentes situaciones adversas. Son, por tanto, un conjunto de características positivas que actúan dirigiendo u organizando el comportamiento en diferentes situaciones (Taylor, 2011). Los recursos psicosociales que se han asociado de manera consistente con un mayor bienestar y salud física y psicológica son el afrontamiento efectivo, el apoyo social y la autoeficacia (Folkman y Moskowitz, 2004; Taylor y Stanton, 2007).

Las estrategias de afrontamiento más efectivas, es decir, las que guardan una mayor relación con el bienestar y la salud son las orientadas a la resolución de problemas, la aceptación, el afrontamiento basado en la religión y el focalizado en la reevaluación positiva de las situaciones (Carver, 2004; Chida y Hamer, 2008; McKenna et al., 1999; Schnall et al., 2010), mientras que se encuentra el patrón inverso con las estrategias evitativas, a las que se considera inefectivas.

En pacientes cardíacos, el afrontamiento inefectivo (evitación), se ha relacionado con una mayor sintomatología depresiva y malestar (Vollman et al., 2007) y niveles más bajos de apoyo social percibido (Trivedi et al., 2009), mientras que el afrontamiento efectivo (afrontamiento activo y afrontamiento basado en la reestructuración cognitiva positiva) se ha relacionado con mayores niveles de bienestar y con una morbilidad y mortalidad menores (Murberg et al., 2002). De igual modo, algunos autores han encontrado relaciones significativas moderadas entre algunos aspectos del afrontamiento basado en la religión, y un menor riesgo de mortalidad por evento cardíaco (Ferraro y Kim, 2014; Oman et al., 2002).

El apoyo social, y más concretamente la calidad y valoración subjetiva del mismo, se ha relacionado también con el bienestar y la salud. En general, la evidencia empírica pone de manifiesto que los déficit en las relaciones sociales, tales como el aislamiento social o el bajo apoyo social, correlacionan con sintomatología depresiva (Lett et al., 2007), y pueden derivar en una activación crónica de los sistemas inmunológico, neuroendocrino y metabólico, produciendo, a largo plazo, enfermedades cardíacas, neoplásicas u otras relacionadas con el envejecimiento, así como diferentes problemas de salud (Cacioppo y Hawkley, 2003; Yang et al., 2013; Yang y Kozloski, 2011). Igualmente, se ha encontrado que la falta de apoyo social está relacionada con la progresión de la enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica previa (Rozanski et al., 1999; Saranson y Saranson, 1994) y predice mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular (Barth et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2010).

En definitiva, los datos sugieren que el aislamiento social es un importante factor de riesgo en las enfermedades coronarias. Por el contrario, los resultados apoyan firmemente que la integración social protege la salud (Yang et al., 2015) e incrementa los niveles de bienestar, en población general y cardíaca (Lett et al., 2005; Lett et al., 2007).

De igual modo, la autoeficacia, definida como la creencia en la propia capacidad para ejecutar las acciones necesarias para conseguir determinados resultados (Bandura, 1977/2004), se ha asociado fuertemente con mayores niveles de bienestar y salud, tanto en población general como en pacientes cardíacos (Lorig y Holman, 2003; Steca et al., 2013).

Las creencias de autoeficacia, por tanto, desempeñan un papel determinante en la modificación o adopción de diferentes conductas de salud. Estas son especialmente importantes en los programas de rehabilitación cardíaca, tales como hacer dieta

(Aljaseem et al., 2001), la realización de actividad física (Aljaseem et al., 2001; Arnold et al., 2005; D'Angelo et al., 2014), la adherencia a los tratamientos médicos (Clark y Dodge, 1999), el mantenimiento del peso y la reducción en la ingesta de alcohol y consumo de tabaco (Ashford et al., 2010; Bandura, 1977, Bandura, 1997).

En relación a la práctica de actividad física, distintos hallazgos indican que las percepciones de autoeficacia juegan un significativo rol en la conducta de hacer ejercicio (Bray et al., 2001). Es decir, se ha observado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con niveles más bajos de autoeficacia (McAuley et al., 1999).

En definitiva, los recursos contribuyen a incrementar y fortalecer la resistencia de las personas frente a las dificultades de la vida, teniendo como resultado una incidencia claramente positiva tanto en la salud, como en el bienestar de las personas (Grychet al., 2015; Taylor et al., 2000; Vázquez, Pérez-Sales et al., 2006). Además, favorecen los procesos resilientes, es decir, las personas que disponen de un fuerte bagaje de recursos psicosociales positivos tienen más probabilidades de encontrar beneficios frente a la adversidad.

4. BIENESTAR

Durante los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el bienestar (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999), que han ampliado el marco conceptual de este constructo. Ryan y Deci (2001) propusieron una organización de los diferentes estudios realizados en dos grandes tradiciones: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico), la cual propone que el bienestar consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas y otra, ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). Algunos autores (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo de bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo de bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica. De acuerdo con esta última concepción, se 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).

El autor que ha desarrollado el modelo de bienestar subjetivo es Diener, que lo define como la tendencia global a experimentar la vida de un modo placentero. Esta valoración que hace el individuo tiene dos componentes o facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos y otra, referida a los aspectos cognitivos. El componente afectivo se refiere a los estados de ánimo del sujeto y estaría formado por las emociones positivas y negativas que éste experimenta. Desde un punto de vista afectivo se evalúa el bienestar como la predominancia de emociones positivas frente a las emociones negativas o balance afectivo. Por su parte, el componente cognitivo se refiere a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida (Diener, 1984; 1993; 2000).

Las emociones positivas son un componente esencial del bienestar, tal como acabamos de exponer y son en las que nos centraremos aquí. Tal y como plantea Fredrickson (1998; 2001; Fredrickson y Joiner, 2002), las emociones positivas facilitan una serie de cogniciones y acciones que permiten al individuo construir recursos personales y psicológicos que no sólo mejoran su afrontamiento sino que, repercuten a su vez en la generación de emociones positivas, promoviendo de este modo una espiral de bienestar. Fredrickson (2009) ha descrito diez formas distinguibles de emociones positivas que la gente experimenta con más frecuencia: gozo, gratitud, serenidad, interés, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, asombro y amor.

Con respecto al papel de las emociones positivas, la Teoría de las Emociones Positivas como ampliadoras y constructoras de Fredrickson (1998; 2001) plantea que mientras las emociones negativas restringen los repertorios de conducta y permiten así, una huida o lucha eficaz ante un estresor, las emociones positivas permiten ampliar y construir repertorios de pensamiento y acción, tales como recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros. La alegría, por ejemplo, permite explorar más situaciones, jugar, tener relaciones más abiertas con otras personas, etc., pero además alienta el crecimiento de recursos intelectuales, emocionales e interpersonales. En líneas generales, las emociones positivas están menos ligadas a tendencias de acción específicas y a patrones psicofisiológicos concretos.

También contribuyen al desarrollo cognitivo y atencional, al uso de interacciones complejas o la exploración de nuevas capacidades. En este sentido se ha observado que las emociones positivas favorecen la capacidad de procesar la información holísticamente, al facilitar la inclusión de información periférica (Johnson, Waugh y Fredrickson, 2010). De igual modo, la experimentación de emociones positivas incrementa la flexibilidad cognitiva, la creatividad y la innovación en la

resolución de problemas (Fredrickson, 1998). Las emociones positivas, por tanto, mejoran la forma de pensar. El afecto positivo se relaciona con una organización cognitiva más abierta, flexible, compleja y con la habilidad para integrar distintos tipos de información. El resultado de esta forma de pensar hace más creativa la solución de problemas, más acertados y sensatos los juicios y la toma de decisiones. También se relacionan con un mejor bienestar físico y una mayor capacidad de afrontamiento ante la adversidad, con percepciones más positivas hacia uno mismo y hacia los otros, con una mayor sociabilidad y actividad, y con conductas prosociales y cooperativas (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

En este sentido, se ha observado que las emociones positivas favorecen la autoexpansión, lo cual contribuye, a una mejora en las relaciones interpersonales. La autoexpansión hace referencia a la incorporación de aspectos del carácter de otras personas en uno mismo (Aron, Aron y Smollan, 1992), lo cual está relacionado con el sentimiento de estar conectado con otros. Las investigaciones sugieren que las emociones positivas son potentes predictores de los cambios producidos en la cognición social, en el sentido de adquirir una visión más autoexpansiva en las relaciones sociales, con visiones menos prejuiciosas y estereotipadas. Así, parece que la personas que experimentan mayor afectividad positiva son más propensas a encontrar puntos de encuentro o comunes entre uno mismo y los otros (Waugh y Fredrickson, 2006).

Las funciones de las emociones positivas complementan las funciones de las emociones negativas (Fredrickson, 2001) y ambas serían igualmente importantes en un contexto evolutivo. Las emociones negativas solucionan problemas de supervivencia inmediata. Por ejemplo, la ira prepara para el ataque, el miedo para la huida, etc. mientras que las emociones positivas promueven las habilidades psicológicas que permiten descubrir e inventar posibilidades, y desarrollar las habilidades sociales

adecuadas para generar vínculos entre personas y desarrollar conductas de ayuda (Conway, Tugade, Catalino y Fredrickson, 2013).

En general, se suelen considerar las emociones positivas como un resultado. En concreto se entiende que serían la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). No obstante, hay que señalar que recientemente también se defiende que el bienestar emocional no es sólo una consecuencia, sino que también es antecedente de buenos resultados en la vida, como relaciones interpersonales satisfactorias, afrontamiento efectivo, éxito profesional y mejor salud física (Lyubomirsky et al., 2005; Veenhoven, 1994; 2008; Xu y Roberts, 2010). Estos autores defienden, por tanto, que el afecto positivo engendra éxito. Y es que, el afecto positivo conduce a la persona a pensar, sentir y actuar de una manera que promueve la construcción de recursos y la consecución de objetivos (Elliot y Thrash, 2002; Lyubomirsky, 2001).

Algunos autores han sugerido que altos niveles de bienestar emocional pueden llegar a ser disfuncionales. Es decir, no en todas las situaciones, contextos y momentos, altos niveles de afectividad positiva son adaptativos (Gruber, Mauss y Tamir, 2011). En este sentido, los resultados sugieren que niveles excesivos de emociones positivas no siempre conllevan beneficios e incluso pueden devenir en un peor ajuste. Se ha observado que niveles moderados de afecto positivo se asocian con mayores niveles de creatividad, frente a altos niveles de afecto positivo (Davis, 2009). Además, se ha encontrado una relación positiva entre niveles altos de bienestar emocional y una mayor tendencia a adoptar conductas de riesgo, tales como el abuso de drogas o alcohol (Cyders y Smith, 2008). Así, parece que la relación entre emociones positivas y ajuste no es lineal, con altos niveles de afecto positivo y bajo afecto negativo asociándose con un peor ajuste, frente a niveles moderados de afectividad (Grant y Schwartz, 2011).

De igual modo, la presencia de emociones positivas puede ser beneficiosa en algunas circunstancias, pero no en otras. Así, por ejemplo, el expresar tristeza o miedo en determinados contextos puede favorecer la conducta de apoyo por parte de otros, lo cual, impactaría, a su vez, indirectamente en el afecto positivo (Oishi, Diener y Lucas, 2007).

También se ha observado que, paradójicamente, cuando se insta a las personas a focalizarse e intensificar sus experiencias placenteras ante tareas orientadas a aumentar el afecto positivo, informan de un menor bienestar, en comparación con el grupo control, quienes expuestos a las mismas tareas, pero en ausencia de instrucciones específicas dirigidas a intensificar las emociones placenteras, informan de mayores niveles de bienestar. Parece, por tanto, que la búsqueda obsesiva de estados placenteros y experiencias de felicidad podría devenir en un peor ajuste, en situaciones en las que la felicidad es alcanzable o en situaciones de bajo estrés (Mauss, Tamir, Anderson y Savino, 2011).

En este sentido, Catalino, Algoe y Fredrickson (2014) han analizado una nueva variable, denominada priorización de la positividad, definida esta, como un rasgo disposicional caracterizado por una tendencia u orientación hacia la experimentación de estados positivos, mediante la planificación de actividades que incrementan la afectividad positiva. Los resultados encontrados sugieren que la priorización de la positividad aumenta los niveles de bienestar, al incrementar el afecto positivo y disminuir el malestar, mediante la puesta en práctica de diferentes recursos psicosociales, tales como la autocompasión, la aceptación, la resiliencia, entre otros, que tienen un papel protector frente a la adversidad. Es decir, los recursos psicosociales ejercerían un papel moderador entre la priorización de la positividad y el bienestar experimentado, tales como la flexibilidad cognitiva, la regulación emocional (Troy,

Wilhelm, Shallcross y Mauss, 2010) y la involucración en actividades placenteras (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005).

Caprara y colaboradores (Caprara, 2009; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010) proponen un componente cognitivo del bienestar en el que la satisfacción vital, el optimismo y la autoestima representan indicadores de este constructo, denominado “positividad”, el cual no se refiere únicamente a una tendencia a pensar positivamente sobre el futuro, ni a un sistema de cogniciones autorreferentes positivas, sino a un constructo general que refleja la tendencia a vivenciar positivamente varios dominios de la vida, pertenecientes a uno mismo, al presente y al futuro. Este constructo se ha asociado positivamente con una mejor salud física, un balance afectivo más positivo y alta calidad percibida en las relaciones interpersonales.

Otros autores han analizado el impacto de la variabilidad emocional en el bienestar. En vez de analizar las emociones desde una perspectiva estática, en un determinado momento temporal, se ha sugerido que determinados patrones dinámicos de cambio emocional contribuyen a proporcionar información relevante en lo referente al bienestar psicológico. Existen en la literatura científica dos perspectivas diferentes en torno a si una mayor variabilidad de emocionalidad positiva predice un mayor bienestar o no. La primera de ellas, considera que la estabilidad emocional predice un mayor bienestar frente a una mayor variabilidad emocional. Es decir, una intensa variabilidad en la emocionalidad positiva se ha asociado con una peor salud psicológica (Gruber, Kogan, Quoidbach y Mauss, 2013; Houben, Van Den Noortgate y Kuppens, 2015). También se han encontrado estos resultados con las emociones negativas. Excesivos cambios en las emociones negativas parece ser un indicador de inestabilidad emocional y se ha asociado con malestar y enfermedad mental (Kashdan y Rottenberg, 2010; Waug, Thompson y Gotlib, 2011). En función de estos resultados se han desarrollado

programas terapéuticos de mindfulness, que están basados en técnicas meditativas recogidas del Budismo y destinados a estabilizar la intensidad y variabilidad emocional (Linehan, Bohus y Lynch, 2007), que se ha demostrado contribuyen a incrementar los niveles de bienestar (Carmody y Baer, 2008). Desde la perspectiva budista se concibe la felicidad como un estado de serenidad, paz mental y ecuanimidad. No obstante, contrariamente a lo que se ha difundido en la cultura occidental, la filosofía budista tiene una orientación cognitiva, en el sentido de que no es la ausencia de pensamiento la que produce estados de felicidad y paz interior, sino que son los estados mentales “virtuosos” o positivos los que desencadenan dicha emoción y los subsiguientes estados placenteros. Entre los estados mentales virtuosos que destacan se encuentran la fe, la esperanza, la gratitud, la ecuanimidad, la compasión y la autotranscendencia.

La segunda perspectiva sugiere que una alta variabilidad podría estar asociada con una mejor salud psicológica. Por ejemplo, la flexibilidad emocional, definida como la habilidad para responder a las demandas cambiantes, es un indicador de salud psicológica y bienestar (Kasdhan y Rottenberg, 2010). De igual modo, se ha encontrado una asociación entre una alta variabilidad emocional en los niveles de estrés psicológico y un mejor ajuste psicológico (Mikolajczak et al., 2010). En línea con esta idea, se ha encontrado que la habilidad para modificar o gestionar las respuestas emocionales predice mayores niveles de resiliencia (Waugh, Thompson y Gotlib, 2011).

En un reciente metaanálisis, Houben y colaboradores (2015) analizaron las relaciones entre diferentes patrones específicos de cambios emocionales producidos en el corto plazo, que iban desde segundos, horas y días, e indicadores relativamente estables de ajuste psicológico, con objeto de averiguar qué patrones de cambio emocional contribuían a incrementar el bienestar. Estos autores encontraron que, en términos generales, los mayores niveles de bienestar se asociaban con una menor

variabilidad emocional e inestabilidad. Es decir, parece que niveles moderados de reactividad emocional junto con habilidades que favorecen la regulación emocional incrementan el bienestar. Por contraposición, las personas que presentaban emociones más extremas o intensas, con mayores fluctuaciones y menor estabilidad, tenían más dificultades para regular su intensidad emocional y de retorno homeostático, y se asociaban con un mayor malestar emocional y un peor ajuste. Resultados similares han encontrado otros autores (Gruber et al., 2013).

Houben y colaboradores (2015) encontraron que la asociación entre patrones de cambio emocional y el bienestar estaba fuertemente moderada por la valencia de la emoción estudiada. Concretamente, observaron que el tamaño del efecto fue mayor en presencia de emociones negativas, en comparación con las emociones positivas. Es decir, parece que las emociones negativas podrían ser más difíciles de regular que las positivas.

Otro aspecto relevante a la hora de valorar el ajuste del bienestar es la dimensión cultural. En relación a esto, se ha observado que existen diferencias culturales que parecen moderar los niveles de bienestar. Se han identificado tres dimensiones principales, el arousal o intensidad de la emoción, el énfasis en la experiencia hedónica y el compromiso social. La intensidad emocional, excitación o alto arousal se ha asociado con mayores niveles de bienestar en culturas occidentales, mientras que niveles más moderados de arousal correlacionan con mayores puntuaciones en el bienestar, en las culturales orientales. De igual modo, parece que las culturas occidentales otorgan mayor valor a la experimentación de emociones placenteras o hedónicas y de logro personal, frente a las culturas orientales que otorgan un mayor valor a la armonía social y a los contextos cooperativos (Eid y Diener, 2001).

4.1. Bienestar y encuentro de beneficio o crecimiento postraumático

Una de las cuestiones más debatidas es la relación existente entre el encuentro de beneficio y el ajuste psicológico o bienestar. Los resultados encontrados en este sentido son ambiguos. En algunos casos se ha relacionado el crecimiento postraumático con una mejor adaptación al entorno, una menor sintomatología depresiva y ansiógena, un mayor bienestar y una mejor salud física y mental (Bower et al., 2008; Pascoe y Edvardsson, 2013; Sawyer et al., 2010) y en otros, se asociado con niveles moderados de malestar (Hegelson et al., 2006; Littelwood, Venable, Carey y Blair, 2008).

En el metaanálisis de Sawyer y colaboradores (2010) se examinó la relación entre encuentro de beneficio y ajuste psicológico en una muestra de pacientes oncológicos y con VIH. Los resultados demostraron una relación positiva entre el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio y la salud mental positiva y una relación moderadamente negativa entre encuentro de beneficio y salud mental negativa.

Se ha estudiado la relación entre encuentro de beneficio y bienestar en multitud de situaciones traumáticas, con especial interés en pacientes con enfermedades físicas. La experimentación de la enfermedad es vivida por la mayoría de las personas como aversiva y estresante. Existe una considerable evidencia de pacientes que encuentran beneficios en estas situaciones. Se han realizado estudios en multitud de poblaciones clínicas: cáncer (Antoni et al., 2001; Carver y Antoni, 2004; Costa y Pakenham, 2012; Mols et al., 2009; Pascoe y Edvardsson, 2013; Schwarzer et al., 2006; Sawyer et al., 2010; Sears et al., 2003; Tomich y Hegelson, 2004), esclerosis múltiple (Pakenham, 2007), artritis reumatoide (Sato, Yamazaki, Sakita y Bryce, 2008), inmunodeficiencia adquirida (Milam, 2006; Littelwood et al., 2008; Sawyer et al., 2010), en pacientes con amputaciones (Stutts y Stanaland, 2016), enfermedades cardíacas (Affleck et al., 1987; Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky, 2011), etc. En líneas generales, las diferentes

investigaciones han encontrado una relación positiva entre encuentro de beneficio y bienestar emocional, una mejor adaptación al entorno y una menor sintomatología depresiva y ansiógena (Affleck y Tennen, 1996; Thambyrajah et al., 2010).

Las personas que sufren experiencias o sucesos traumáticos experimentan normalmente un fuerte malestar emocional. Cuando el nivel de estrés es alto, suele aparecer una amplia variedad de reacciones físicas, como por ejemplo, un incremento o fuerte activación psicofisiológica, que pueden desencadenar problemas gástricos, cansancio, fatiga, tensión muscular, etc. Estas reacciones, tradicionalmente consideradas como síntomas de una posible patología psiquiátrica, se ha observado que coexisten con el crecimiento postraumático (Hegelson et al. 2006). Este hecho ha permitido profundizar en la comprensión del papel que el sufrimiento humano opera en los cambios positivos que se producen en los individuos, como consecuencia de éste (Tedeschi y Calhoun, 1995).

Parece, por tanto, que el crecimiento postraumático no va necesariamente acompañado de un incremento en el bienestar y un mejor ajuste. La respuesta a esto, como sugieren Calhoun y Tedeschi (2004) puede deberse, en parte, a la propia definición de ajuste psicológico, que si se entiende desde una perspectiva hedónica, hace referencia a una reducción de síntomas negativos como el malestar emocional y un incremento de las emociones positivas y la satisfacción (Ryan y Deci, 2001). En este sentido, algunos autores han concluido que el encuentro de beneficio refleja un resultado positivo en sí mismo y no una mera reducción de malestar. Es decir, son procesos independientes que pueden coexistir en el transcurso del tiempo (Chaves, Vázquez y Hervás, 2013).

En este sentido, sería interesante ampliar esta perspectiva hedónica, intentando comprender el ajuste psicológico en personas que han tenido que enfrentarse a

situaciones traumáticas, no únicamente como ausencia de síntomas emocionales, ya que en muchos de los casos la experiencia de crecimiento postraumático enfrenta al individuo con situaciones realmente difíciles, que le hacen cuestionarse sus creencias más profundas incrementando sus sentimientos de vulnerabilidad y de mortalidad, lo cual puede llevar implícito, en muchas ocasiones, la experimentación de emociones negativas. Estas emociones, si bien no son placenteras, permiten a las personas enriquecerse al encontrar, en algunos casos, un propósito o significado que hace que sus vidas sean más constructivas, significativas y plenas. En este sentido, y como apuntaba Janoff-Bulman (1992) la experiencia de crecimiento postraumático fomenta una ‘preparación psicológica’ que protege a las personas que se han enfrentado a situaciones traumáticas, de tal modo que al experimentar otras situaciones adversas, experimentan menos estrés y malestar, porque están mejor preparadas psicológicamente para hacer frente a la adversidad futura. Los individuos, por tanto, refieren sentirse ‘tristes, pero más sabios’ (Janoff-Bulman, 1992). En definitiva, presentan un mejor ajuste psicológico o bienestar psicológico a pesar de los sentimientos de malestar inherentes a la situación vivida (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

Existe en la literatura científica estudios que han analizado qué variables moderadoras podrían influir en la relación entre el bienestar y encuentro de beneficio, explicando de este modo, los resultados contradictorios que se han observado en los diferentes estudios científicos.

En relación a las variables demográficas, se observó que la asociación entre crecimiento postraumático y bienestar era mayor en muestras clínicas que incluían minorías étnicas (Linley y Joseph, 2004; Stanton et al., 2006), en pacientes más jóvenes (Sawyer et al., 2010) y en mujeres (Dunn, Occhipinti, Campbell, Ferguson y Chambers, 2011; Hegelson et al, 2006).

En relación al tiempo transcurrido desde la ocurrencia del evento traumático, los resultados no son concluyentes. Hegelson y colaboradores (2006) observaron que la relación entre encuentro de beneficio y bienestar emocional eran mayores a partir de los dos años tras la ocurrencia del suceso traumático, lo que concuerda con los resultados que encontraron Sawyer y colaboradores (2010), tras una revisión metaanalítica. No obstante, otros autores no han encontrado relaciones significativas entre el tiempo transcurrido desde el trauma y el crecimiento postraumático (Prati y Pietrantonio, 2009). Esto podría deberse a la influencia de otras variables moderadoras de dicha relación. En este sentido, Shultz y Mohamed (2004) identificaron el papel mediador del apoyo social en la relación entre el tiempo transcurrido y el encuentro de beneficio, encontrando que el apoyo social percibido, evaluado un mes después de la operación quirúrgica, predecía el encuentro de beneficio, transcurridos doce meses tras la operación.

En un estudio realizado con pacientes diagnosticados de SIDA, Littelwood y colaboradores (2008) encontraron que el encuentro de beneficio correlacionaba con menor sintomatología depresiva, con una mayor práctica de actividades físicas y un mayor apoyo social. Es decir, observaron que la asociación encontrada entre los beneficios percibidos y depresión estaba parcialmente mediada por el apoyo social.

Otra de las variables que determinan la relación entre crecimiento postraumático y bienestar es la naturaleza o característica del estímulo estresor. En la línea de lo defendido por Tedeschi y Calhoun (2004) parece que la severidad del trauma influye en el desencadenamiento del proceso de crecimiento postraumático (Taylor, 1983; Taylor y Brown, 1988; Thornton et al., 2012). No obstante, otros autores no han observado una relación lineal entre estas variables, encontrándose una asociación mayor entre encuentro de beneficio y bienestar en niveles intermedios de exposición al trauma (Lechner, Carver, Antoni, Weaver y Phillips, 2006). Resultados similares encontraron

Lechner, Stoelb y Antoni (2008), quienes observaron que cuando la situación es percibida como muy estresante, la persona puede verse sobrepasada por la situación e inhibir los procesos de crecimiento postraumático.

Joseph y Linley (2006), tras analizar 39 situaciones traumáticas diferentes, no encontraron que las puntuaciones en crecimiento postraumático y bienestar dependieran del tipo de evento, per se, sino más bien de la experiencia subjetiva del mismo. Las asociaciones entre el malestar y el crecimiento postraumático también fueron inconsistentes, en este sentido. Por contraposición, estos autores encontraron que las estrategias de afrontamiento basadas en la reestructuración cognitiva positiva, de aceptación, las orientadas a la resolución de problemas, la religión y el afecto positivo se relacionaron positivamente con el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio de forma consistente, en los diferentes estudios analizados. También se ha observado que las personas más optimistas son más propensas a experimentar crecimiento postraumático o encontrar beneficios ante eventos traumáticos e informan de mayores niveles de bienestar (Antoni et al., 2001; Dunn et al., 2011; Urcuyo et al., 2005).

Otro moderador potencial entre el crecimiento postraumático y el bienestar que se ha observado en las diferentes investigaciones es el entorno social y cultural del cual forma parte la persona. Parece lógico pensar que las diferentes interpretaciones culturales sobre el sufrimiento pueden influir en la respuesta emitida ante la enfermedad (Meyerowitz, Richarson, Hudson y Leedham, 1998). Estas diferencias pueden influir a través del apoyo social recibido, las creencias espirituales o religiosas y a las atribuciones que las personas realicen de la enfermedad.

Fredrickson y Tugade (2003) encontraron, a través de un estudio realizado tras los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, que la relación entre

encuentro de beneficio y ajuste psicológico estaba mediada por la experimentación de emociones positivas. Estos autores afirman que las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional. De hecho, se ha sugerido que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a encontrar beneficios de las situaciones adversas. Por otro lado, parece ser que la experimentación y expresión de emociones positivas elicit a su vez, emociones positivas en los demás, de forma que las redes de apoyo social se ven fortalecidas. Parece, por tanto, que las personas resilientes hacen frente a las experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Tugade y Fredrickson, 2007).

Tugade y Fredrickson (2007) examinaron modelos de recuperación cardiovascular tras la exposición a situaciones estresantes, concretamente a hablar en público, en una muestra de sujetos con niveles altos y bajos en resiliencia, respectivamente. Los resultados mostraron que los individuos más resilientes informaban de más emociones positivas y tenían una recuperación cardiovascular más rápida tras la activación fisiológica en comparación con los individuos menos resilientes. Los datos sugieren, por tanto, que los individuos más resilientes se sirven de las emociones positivas para afrontar las situaciones estresantes (Tugade y Fredrickson, 2007) y tienen una mayor satisfacción vital (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels y Conway, 2009).

Resultados similares se han encontrado en otros estudios longitudinales, en los que cuales se ha observado que las personas más resilientes tienen una capacidad mayor para generar emociones positivas, que les beneficia para afrontar las diferentes situaciones traumáticas, como la muerte de un cónyuge, una enfermedad, violencia,

desastres naturales o la enfermedad de un familiar (Bonanno, 2004; Bonanno, Papa y O'Neill, 2001).

Las diferentes aproximaciones al constructo de crecimiento postraumático impactan de manera diferencial en el bienestar de los individuos. Así, los datos sugieren que las personas que han extraído sentido de su experiencia o lo que es lo mismo, encontrado significado a la adversidad, reportan mayores niveles de bienestar frente al resto de clasificaciones. Parece, por tanto, que el crecimiento postraumático y el bienestar están mediados por la capacidad del individuo para extraer un significado o un sentido a su experiencia, encontrando un propósito en la vida y quizá y, en términos generales, por la reestructuración de su propia narrativa vital (McAdams, 2006; Tedeschi y Calhoun, 1995).

Es decir, los individuos que llevan a cabo un esfuerzo cognitivo por integrar o asimilar un evento traumático, a través de la reevaluación y modificación de sus creencias previas y visión del mundo, dotándola por tanto, de significación y atribuyéndole un sentido, experimentan un mayor crecimiento postraumático y por ende, mayor satisfacción vital y bienestar (Triplett et al. 2012). De igual modo, parecen coexistir en el proceso de crecimiento postraumático, emociones negativas y positivas, como consecuencia del esfuerzo cognitivo interno en el que el sujeto lleva a cabo un proceso de recomposición de su mundo interno y de su narrativa vital en aras a integrarlo en su nueva realidad (Hegelson et al., 2006).

4.1.1. Bienestar y encuentro de beneficio en pacientes cardiacos

En pacientes cardiacos, se ha sugerido que la resiliencia podría ejercer un papel moderador entre los síntomas depresivos y el bienestar (Liu, Chang, Wu y Tsai, 2015; Tan-Kristanto y Kiropoulos, 2015). En este sentido, se ha encontrado que la presencia de emociones positivas era superior a las negativas en los pacientes cardiacos que

informaban mayor encuentro de beneficio, en los diferentes momentos temporales evaluados (3 días, 5 meses y 13 meses posteriores a sufrir un infarto). Esta relación se mantenía incluso en aquellos pacientes que eran conscientes de la gravedad de su situación (Castilla y Vázquez, 2011). Parece, por tanto, que los individuos resilientes utilizan las emociones positivas para salir de las experiencias estresantes de forma más rápida y efectiva, encontrando mayores beneficios de las circunstancias negativas (Giltay et al., 2006). De igual modo, las emociones positivas juegan un papel protector en la mitigación del estrés y los síntomas depresivos (Bitsika, Sharpley y Bell, 2013; Kukiwara, Yamawaki, Uchiyama, Arai y Horikawa, 2014).

También se han observado cambios positivos en las relaciones interpersonales de pacientes cardíacos. Concretamente, se observó que aquellos que informaban de mayores beneficios a las 12 semanas de sufrir el evento cardíaco, informaban de una mejora en la calidad de sus relaciones interpersonales y familiares, y presentaban niveles más altos de afecto positivo transcurridos 21 semanas tras sufrir un infarto de miocardio (Laerum, Johnsen, Smith y Larsen, 1987).

En lo referente a los cambios en la espiritualidad o filosofía de vida y su relación con encuentro de beneficio, se ha encontrado que las conductas religiosas o espirituales evaluadas en los pacientes cardíacos que iban a ser intervenidos quirúrgicamente predecían el encuentro de beneficio tras la intervención (Ai et al., 2013).

Las estrategias de afrontamiento utilizadas y el apoyo social percibido por los pacientes cardíacos también se han asociado con encuentro de beneficio informado tras sufrir un infarto de miocardio. Senol-Durak y Ayvasik (2010) observaron que las estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas predecían el encuentro de beneficio en estos pacientes y que la relación entre el apoyo social y el encuentro de beneficio estaba mediada por éstas, es decir, jugaban un papel moderador

entre ambas variables. El apoyo social podría desempeñar un papel determinante en la adopción de unas estrategias de afrontamiento frente a otras, en esta población médica (Schaefer y Moos, 1998; Luszczynska et al., 2005).

Los estudios han demostrado que las intervenciones psicosociales realizadas en pacientes con cardiopatía adquirida, contribuyen a reducir el malestar emocional, mejorar el apoyo social percibido y la calidad de vida de estos pacientes (Linden, Philips y Leclerc, 2007). Los investigadores sugieren que estas intervenciones contribuyen a mejorar los niveles de resiliencia al favorecer el aprendizaje de recursos psicosociales positivos orientados a incrementar el bienestar y la calidad de las relaciones interpersonales, a través del aprendizaje de técnicas de gestión emocional y estrategias de afrontamiento efectivas, como la resolución de problemas y reestructuración cognitiva positiva, entre otras (Fava y Tomba, 2009; Loprinzi, Prasad, Schroeder y Sood, 2011; Kovacs et al., 2015).

Los programas de rehabilitación cardíaca, y más concretamente, las intervenciones psicológicas realizadas con esta población médica parece que contribuyen a mejorar el estado emocional de estos pacientes. Pischke, Scherwitz, Weidner y Ornish (2008) analizaron diferentes variables dentro de un programa de bienestar psicológico en una muestra de pacientes cardíacos. En este programa se incluyeron mejoras en el estilo de vida, con mejoras en la dieta y el sueño, en la práctica de ejercicio y la gestión del estrés y evaluaron la reversión de la estenosis de la arteria coronaria, transcurridos uno y cinco años, tras el evento cardíaco. Los autores compararon diferentes variables psicológicas, como la ira, la hostilidad y el apoyo social percibido en los diferentes periodos temporales evaluados, con objeto de averiguar el impacto que los cambios en los estilos de vida tenían en las variables cardíacas analizadas. Los resultados que encontraron fueron que el malestar, la hostilidad y el

insomnio se redujeron en el grupo experimental frente al grupo control, transcurrido un año. Transcurridos cinco años no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas entre el grupo experimental y el control, salvo que el grupo experimental tenía una mayor adherencia al programa transcurridos cinco años. De igual modo, observaron que tanto las mejoras en la dieta como el control del estrés se asociaron con una disminución de la estenosis de la arteria coronaria, en ambos periodos temporales.

Estos autores consideran que la ausencia de diferencias significativas entre los grupos control y experimental, transcurridos cinco años, puede deberse a que los pacientes se habitúan al nuevo nivel de bienestar, es decir, hay una adaptación hedónica o retorno a los niveles base de bienestar.

4.2. Bienestar y recursos psicosociales

Los diferentes recursos psicosociales expuestos previamente, como el afrontamiento efectivo, el apoyo social y la autoeficacia, se han relacionado positivamente con mayores niveles de bienestar y una menor afectividad negativa (Steptoe, Dockray y Wardle, 2009).

En relación a las estrategias de afrontamiento se ha observado que, en líneas generales, las estrategias dirigidas a la resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva se asocian con un mayor bienestar (Judge, Bono, Erez y Locke, 2005), mientras que las estrategias de evitación se relacionan con niveles más bajos de bienestar (Karademas, 2006; Litman y Lunsford, 2009).

Así, en situaciones controlables o cambiables, las personas que emplean estrategias de afrontamiento activas, respondiendo a las dificultades con esfuerzo continuado para resolver los problemas, presentan un mejor ajuste psicológico y un

mayor bienestar, mientras que cuando las situaciones no son controlables, la utilización de estrategias de afrontamiento dirigidas a paliar las consecuencias emocionales, como la aceptación o la realización de una reevaluación o reinterpretación más positiva de la situación son más efectivas y contribuyen a un mejor ajuste y bienestar. Mientras que en este tipo de situaciones el empleo de la negación, la evitación, la desimplicación y el consumo de sustancias se asocian con malestar psicológico (Chico, 2002; Gil y Weinberg, 2015; Karademas, 2006; Litman y Lunsford, 2009).

De igual modo, se ha observado que en sujetos expuestos a situaciones traumáticas, las estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas se asocian con una menor sintomatología TEPT, frente a las estrategias de evitación (Gil y Weinberg, 2015). En este sentido, se ha encontrado que la satisfacción con el apoyo social se asocia fuertemente con las estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas (Lui et al., 2016).

En relación al desahogo emocional, Hooberman y colaboradores (2010) encontraron, en una muestra de supervivientes de torturas, que las estrategias de afrontamiento basadas en la descarga emocional no reducían el malestar emocional, ni disminuían los síntomas de TEPT, ni mantenían ninguna relación con las variables resilientes, mientras que otras investigaciones han encontrado que el desahogo emocional tenía un impacto positivo en el bienestar, en el corto plazo, es decir, en los momentos inmediatamente posteriores al evento traumático, pero estos efectos no se mantenían en el largo plazo (Kanninen, Punamaki y Qouta, 2002). Otros autores, por su parte, han encontrado relaciones positivas significativas entre el desahogo o expresión emocional y un mayor afecto positivo (Shapiro, McCue, Heyman, Dey y Haller, 2010).

En líneas generales, la literatura científica recoge que el afrontamiento activo o de aproximación al problema predice un mayor bienestar emocional para afrontar

diversas situaciones estresantes, tales como el estrés social, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el cáncer de próstata, la diabetes (Carver y Connor-Smith, 2010; Duangdao y Roesch, 2008; Littleton, Horsley, John y Nelson, 2007) o el cáncer de mama (Stanton et al., 2006), entre otros.

La relación entre el apoyo social y el bienestar ha sido ampliamente documentada en la literatura científica (Littelwood et al., 2008; Pascoe y Edwarsson, 2013; Prati y Pientranttoni, 2009; Ullman, 2014). En este sentido, son muchos los estudios que demuestran que el apoyo social está asociado con un mejor ajuste psicológico y con el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas (Pascoe y Edwarsson, 2013; Ullman, 2014).

El apoyo social percibido, por tanto, contribuye a un mayor bienestar ante situaciones de estrés, al ejercer un papel moderador entre las estrategias orientadas a la resolución de problemas y el bienestar. Por contraposición, el afrontamiento de evitación deteriora la relación entre el estrés y el bienestar, especialmente cuando el apoyo social percibido es bajo. De igual modo, parece que cuando el apoyo social percibido es bajo se incrementan las posibilidades de utilizar estrategias de evitación (Chao, 2011).

Las personas con niveles más altos de apoyo social tienen más confianza en sus habilidades, un mayor afecto positivo y satisfacción con la vida. El apoyo social, por tanto, podría influir directa o indirectamente en el bienestar a través de ciertos mecanismos cognitivos y conductuales (Liu, Li, Ling y Cai, 2016).

En definitiva, parece que las personas que informan de un mayor apoyo social y se sienten más satisfechas con el mismo, tienen menos riesgo de padecer depresión (Bambara et al., 2014; Marreiro y Carballeira, 2010; Matud et al., 2002; Pinguart y Sörensen, 2011), se sienten más capaces de amortiguar las consecuencias negativas del

estrés (Marreiro y Carballeira, 2010), tienen una mejor salud psicológica (House et al., 1988) y una mejor y más rápida recuperación en multitud de trastornos psicológicos (Asher, 1984; Lara, Leader y Klein, 1997). En contraposición, se ha encontrado que en ausencia de apoyo social, hay un descenso del bienestar (Fordyce, 1988).

En este sentido Liu y colaboradores (2016) encontraron que el afrontamiento positivo u orientado a la resolución de problemas mediaba la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida y el afecto positivo, lo que indica que cuando los individuos se enfrentan con situaciones de estrés se benefician del apoyo social. También se encontró que el afrontamiento negativo o de evitación mediaba parcialmente la relación entre el apoyo social, la satisfacción vital y el afecto positivo. Esto indica que sin la ayuda o estímulo de otros apoyos, las personas son más proclives a utilizar un afrontamiento negativo o de evitación frente al estrés, lo que conduce a niveles más bajos de bienestar subjetivo, en sus dos componentes, satisfacción vital y balance afectivo.

Resultados similares se encontraron en una muestra de mujeres embarazadas que habían sido víctimas de un terremoto en China. Los datos encontrados mostraron que la interacción entre el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento activos y orientados a la resolución de problemas correlacionan con menores síntomas depresivos. Estos resultados sugieren que el efecto que el afrontamiento positivo y orientado a la resolución de problemas tiene en los niveles de malestar o bienestar, depende del grado de apoyo social percibido. En este sentido, se encontró que las mujeres que puntuaban más bajo en apoyo social percibido tendían a adoptar más estrategias de evitación, frente a aquellas que tenían mayor percepción de apoyo social percibido, que adoptaban más estrategias de afrontamiento activas y de resolución de problemas. Estos resultados sugieren, por tanto, que el apoyo social percibido

contribuye a una menor sintomatología depresiva, mediante la adopción de estrategias que favorecen un afrontamiento activo y positivo frente a una situación traumática (Ren et al., 2015; Romero et al., 2015).

De igual modo se ha analizado la influencia que tiene la autoeficacia sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. En este sentido, la mayoría de investigadores consideran que un mayor nivel de autoeficacia producirá una mayor resistencia al estrés y una mayor capacidad de adaptación a las demandas del entorno y de ajuste a la experiencia de vivir con una enfermedad crónica. Esta explicación estaría apoyada por diversos estudios que plantean que la autoeficacia favorece la calidad de vida, el bienestar emocional y el afrontamiento de la adversidad en un amplio rango de situaciones estresoras y demandantes, como es el caso de vivir con una enfermedad crónica (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli y Caprara, 1999; Caprara, Steca, Gerbino, Paciello y Vecchio, 2006). Resultados similares se han encontrado en una muestra de pacientes supervivientes de cáncer, donde se observó que las creencias de autoeficacia explicaban un porcentaje significativo de la varianza analizada en los síntomas depresivos informados, concretamente el 43%, y mediaban parcialmente la relación entre la gravedad de los síntomas y la depresión (Philip, Merluzzi, Zhang y Heitzmann, 2013).

Tanto la autoeficacia como el apoyo social han sido definidos en la investigación como mediadores del bienestar. Schwarzer y Knoll (2007) argumentaron que la relación entre el apoyo social y la autoeficacia podría ser bidireccional. Hay, por tanto, dos teorías que abordan la relación entre el apoyo social y la autoeficacia. La primera de ellas, sugiere que la autoeficacia facilita el apoyo social, mientras que la otra alternativa, propone que es el apoyo social el que incrementa las creencias de autoeficacia (Schwarzer y Knoll, 2007; Sohji et al., 2014). En relación a la primera alternativa,

diferentes estudios han demostrado que la autoeficacia reducía los síntomas depresivos a través del efecto mediador del apoyo social (Schwarzer y Knoll, 2007) favoreciendo, por tanto, el proceso de adaptación después de la exposición al trauma y facilitando que se produzca un mayor apoyo social (Shoji et al., 2014).

La segunda alternativa considera que es la autoeficacia la que media el efecto del apoyo social en relación al malestar experimentado (Benight, Swift, Sanger, Smith y Zeppelin, 1999), la calidad de vida (Amir, Roziner, Knoll y Neufeld, 1999) y el crecimiento postraumático (Luszczynska, Benight y Cieslak, 2009; Luszczynska et al., 2007).

Con independencia de la dirección en la influencia mediadora de estas variables, lo que sí parece claro, es que ambas impactan positivamente en el bienestar. Luszczynska y colaboradores (2009) en un estudio metanalítico exploraron las relaciones que existían entre las creencias de autoeficacia y el bienestar psicológico ante una amplia variedad de situaciones traumáticas analizadas, entre las que se encontraban, desastres naturales, terrorismo o epidemias, entre otras. Los resultados encontrados demostraron que las experiencias de estrés, analizadas colectivamente, movilizan las conductas de apoyo social, por ejemplo, rituales orientados a reforzar la cohesión social. Estos, a su vez, contribuyen a fortalecer las creencias de autoeficacia en relación a la habilidad para lidiar con la situación traumática.

4.3. Bienestar y salud

En las últimas décadas se ha comenzado a poner de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden jugar un rol protector en relación a la aparición de problemas físicos y enfermedades, así como en los procesos de recuperación. Una percepción caracterizada por un sentimiento positivo hacia uno mismo y de control personal, junto con una visión optimista del futuro, son una reserva y un motor de recursos que no solo permiten a las personas afrontar las dificultades diarias, sino que cobran especial importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser fuertemente estresantes e incluso amenazantes para la propia vida (Howell et al., 2007; Taylor et al., 2000; Sawyer et al., 2010; Vázquez et al., 2009).

Existe evidencia empírica que demuestra que el afecto positivo se relaciona con el bienestar físico. Diener y Chan (2011) en su revisión de la literatura sobre el bienestar y la salud concluyen que las emociones positivas predicen el buen funcionamiento de los sistemas cardiovascular e inmunológico. Las emociones positivas también se correlacionan con la longevidad.

Los factores psicológicos positivos parecen tener una relación con la salud tan robusta como los negativos. Nuevos estudios han empezado a demostrar que el optimismo (Nes y Segerstrom, 2006; Giltay et al., 2006), la vitalidad (Kubzansky y Thruston, 2007), la expresión de emociones positivas (Davidson et al., 2010), la capacidad para encontrar significado ante la adversidad (Bower et al., 1998; Hijazi et al., 2015) y rasgos de personalidad positivos, tales como la extraversión y la apertura a la experiencia (Hampson, Goldberg, Vogt y Dubanoski, 2006) parecen ser factores protectores de la salud física.

Por tanto, cada vez existe más evidencia empírica que pone de manifiesto la relación entre el bienestar y mejores estados de salud y una menor morbilidad. En este sentido, se ha observado que los individuos que reportan mayores niveles de bienestar presentan mejores estados de salud, experimentan menos síntomas físicos (Lyubormirsky, Tkach y DiMatteo, 2006; Xu y Roberts, 2010) y menor mortalidad general (Chida y Steptoe, 2009).

Danner, Snowdon y Friesen (2001) en un conocido estudio con monjas, encontraron evidencia de que el afecto positivo evaluado a los 20 años de edad podía predecir una mayor esperanza de vida, 60 años después. En este sentido, Steptoe, Oliveira, Demakakos y Zaninotto (2014) encontraron en una muestra de personas mayores, durante un periodo de ocho años, que los niveles más bajos de bienestar se asociaban a más dificultades en la movilidad y a discapacidad física. Brummet, Boyle, Kuhn, Siegler y Williams (2009) encontraron en una muestra de pacientes cardíacos hospitalizados, tras un seguimiento de tres meses, que una baja emocionalidad positiva predecía un mayor declive en diferentes indicadores de funcionalidad física y una menor movilidad.

Otro estudio realizado por Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner (2006) se encargó de medir durante dos semanas el estilo afectivo negativo y positivo de los participantes, junto con otras variables sociodemográficas. Estos investigadores inocularon virus a los participantes, con objeto de averiguar transcurrido un tiempo de cuarentena, si el afecto positivo o negativo predecía las tasas de enfermedad. Se encontró una asociación entre el afecto positivo y menores tasas de enfermedad. En concreto, los pacientes que referían una mayor emocionalidad positiva presentaron una probabilidad casi tres veces menor de desarrollar una enfermedad, una vez controladas el resto de variables analizadas, tales como el tipo de virus, masa corporal, etc. Lo más

reseñable de este estudio es que el afecto positivo mostraba una mayor asociación con tasas de enfermedad, de la que mostraba el afecto negativo, y cuando se empleaban ambas variables simultáneamente, el afecto negativo dejaba de ser un predictor significativo de enfermedad. Parece, por tanto, que las emociones positivas y negativas ejercen efectos independientes en la salud (Diener y Chan, 2011).

De igual modo, parece que el afecto positivo no solo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad, sino que parece facilitar la recuperación de la misma. Las personas que presentan un mayor afecto positivo tienen una probabilidad casi tres veces mayor de recuperarse en un año después de haber tenido un problema de salud, como un ataque cardíaco, una apoplejía o una fractura de cadera (Ostir, Berges, Ottenbacher, Clow y Ottenbacher, 2008).

En el estudio metanalítico de Howell y colaboradores (2007) se analizaron los resultados de 150 investigaciones, ambulatorias, experimentales y longitudinales, que evaluaban la relación entre el bienestar subjetivo y la salud, a través de diferentes indicadores objetivos, tanto a corto plazo, como la reactividad cardiovascular, el funcionamiento del sistema endocrino, y la tolerancia al dolor, como en el largo plazo, como el estado de salud general, la longevidad, el funcionamiento cardiovascular y el funcionamiento respiratorio. Los síntomas de enfermedad que se registraron fueron: progresión de la enfermedad, supervivencia a pesar de haber sido diagnosticado como paciente terminal y medidas de funcionamiento respiratorio. Los resultados encontrados pusieron de manifiesto que el bienestar impactaba en el estado de salud general. De igual modo, se encontraron relaciones positivas entre el bienestar y los diferentes indicadores salutogénicos evaluados, tanto a corto como a largo plazo.

Estos autores sugieren que el efecto del bienestar sobre la salud no es debido únicamente a un descenso en el malestar experimentado, sino que tiene un impacto

diferencial positivo, al menos, en algunos de los indicadores de salud evaluados, concretamente, en la respuesta del sistema inmunológico y la tolerancia al dolor. Lo cual implica que el bienestar podría contribuir a reforzar la respuesta del sistema inmunológico. En relación a la asociación entre el bienestar y la reactividad fisiológica y cardiovascular, no se encontraron relaciones significativas. No obstante, el sistema neuroendocrino, cardiovascular e inmunológico interactúan de forma conjunta y se influyen mutuamente (Cacciopo, Tassinari y Bernston, 2007, p.2). La activación del sistema nervioso autónomo ante un estímulo estresor, desencadena un conjunto de respuestas fisiológicas, entre las que se encuentran el incremento de la tasa cardíaca y aumento de la presión sanguínea, la liberación de hormonas vinculadas al estrés, como el cortisol y la epinefrina. Este conjunto de respuestas fisiológicas impacta a su vez en el sistema inmunológico (Keller, Shiflett, Scheleifer y Bartelett, 1994).

Pressman y Cohen (2005) proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos, uno de ellos considera que el afecto positivo tiene un efecto directo sobre el funcionamiento fisiológico, y el segundo, el cual considera que el afecto positivo ejerce un papel amortiguador o protector frente al estrés, al minimizar los efectos negativos del estrés sobre el organismo.

El primero de ellos, por tanto, hace hincapié en el efecto directo que el afecto positivo tienen sobre el funcionamiento fisiológico. Es decir, desde este modelo se entiende que las emociones positivas podrían ejercer una influencia directa en el sistema nervioso autónomo, generalmente reduciendo la tasa cardíaca, la presión sanguínea y niveles de epinefrina y norepinefrina.

De igual modo, se han encontrado relaciones entre las emociones positivas y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, puesto que la presencia de afecto positivo ha sido relacionada con menores niveles de cortisol en sangre. El cortisol se ha relacionado con

enfermedades autoinmunes e inflamatorias. Además, el afecto positivo favorece la presencia de endorfinas en el torrente sanguíneo (Gerra et al., 1998). Las endorfinas contribuyen a regular la actividad del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino (Drolet et al., 2001). De igual modo, el afecto positivo, parece mejorar la respuesta inmediata del sistema inmune evaluada mediante medidas de inmunoglobina A en la saliva (Dillon, Minchoff y Baker, 1986).

Desde esta alternativa, también, se concibe que el afecto positivo puede influir en el sistema fisiológico a través de las conductas de salud emitidas, tales como hacer ejercicio físico, llevar una dieta más equilibrada, la higiene del sueño, adherencia a los tratamientos médicos, etc., y a través de la mejora de las relaciones interpersonales. Estas conductas están relacionadas con un mejor pronóstico en la enfermedad y con una mejor tasa de recuperación (Bower et al., 1998; Milam, 2006; Littelwood et al., 2008).

El segundo modelo propuesto para analizar el efecto de la emocionalidad positiva en la salud, considera que el afecto positivo ejerce un papel amortiguador o protector frente al estrés, al minimizar los efectos negativos del estrés sobre el organismo, bien a través de la resiliencia, bien a través de un afrontamiento eficaz.

En la actualidad, la mayoría de los investigadores consideran que ambos mecanismos interactúan conjuntamente.

En definitiva, parece que las personas con un mayor afecto positivo disponen de mayores recursos sociales, psicológicos y físicos. Las personas con una mayor afectividad positiva tienen redes sociales más significativas en las que apoyarse, utilizan estrategias de afrontamientos más efectivas y tienen una mayor capacidad de recuperación fisiológica tras la experimentación de una situación estresante (Fredrickson y Levenson, 1998).

4.4. Bienestar en pacientes cardiacos

La mayoría de la literatura científica que ha realizado estudios en torno a esta población clínica se ha focalizado fundamentalmente en medidas relacionadas con el bienestar hedónico. En este sentido, se ha observado que el optimismo y bienestar hedónico mantienen una fuerte asociación con diferentes marcadores biomédicos y funciones biológicas.

Respecto a la relación entre el bienestar subjetivo y la salud en pacientes cardiacos, Williams y Schneiderman (2002) argumentaron que existe una fuerte evidencia empírica que demuestra el efecto predictivo del bienestar en la enfermedad cardiaca, al menos en población sana. En este sentido, diversas investigaciones han mostrado que el afecto positivo podría estar relacionado con una mejor salud y una mayor longevidad, en estos pacientes. Ostir y colaboradores (2001) en una investigación prospectiva de seis años comprobaron que existía una relación entre el afecto positivo y la disminución del riesgo de infarto de miocardio, tras un seguimiento de seis años, y de apoplejía, pasados 6 años. Resultados similares encontraron Davidson y colaboradores (2010), tras diez años de seguimiento, observando que el afecto positivo predecía la enfermedad cardiaca, concluyendo que este ejercía un importante factor protector del riesgo coronario. No obstante, otros autores no han apoyado estos mismos resultados, encontrando únicamente asociaciones moderadas entre el riesgo cardiaco y las emociones negativas (Nabi, Kivimaki, De Vogli, Marmot y Singh-Manoux, 2008).

Ostir y colaboradores (2008) encontraron que las emociones positivas predecían niveles más bajos de presión sanguínea. Dado que la hipertensión arterial es un factor de riesgo en los trastornos cardiovasculares, las emociones positivas podrían jugar un importante papel en el mantenimiento homeostático del cuerpo, al regular la presión sanguínea, los niveles de cortisol y la reactividad cardiovascular.

Un reciente estudio metaanalítico ha analizado la asociación entre diferentes dimensiones del bienestar y diferentes resultados de salud en una muestra de más de 14.000 pacientes cardíacos. En general, se observó que la mayoría de los estudios analizados mostraban relaciones significativas entre constructos psicológicos positivos, tales como el optimismo, el afecto positivo, etc. y mejores resultados de salud, en las diferentes enfermedades cardíacas analizadas. También se observaron relaciones significativas entre los constructos positivos evaluados y menores tasas de hospitalización y mortalidad cardíaca. Concretamente, se encontró que alrededor del 60% de los estudios mostraban asociaciones positivas significativas entre el bienestar y la salud en pacientes cardíacos, incluso cuando se controlaron variables tales como la depresión o el afecto negativo. Esto sugiere que el bienestar podría tener un efecto adicional y beneficioso en los resultados de salud en esta población (Dubois et al., 2015).

También se ha analizado la asociación entre vitalidad emocional y riesgo cardiovascular (Kubzansky y Thurston, 2007). Los datos encontrados sugieren que la vitalidad emocional se asociaba con un menor riesgo cardiovascular. Estos hallazgos sugieren que un adecuado funcionamiento emocional puede contribuir a prevenir las enfermedades coronarias en la población general. Estos resultados son consistentes con estudios previos, que sugieren que una salud psicológica positiva tiene un efecto protector para la enfermedad cardíaca (Boehm y Kubzansky, 2012).

En estudio realizado por Denollet y Brutsaert (2001) encontraron en una muestra de pacientes cardíacos, que la reducción en el afecto negativo, como consecuencia de la aplicación de un programa de mejora del bienestar y estilo de vida, reducía la mortalidad y morbilidad cardíaca, nueve años después, en comparación con el grupo control.

4.5. Resumen

Durante los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el bienestar que han ampliado el marco conceptual de este constructo. Ryan y Deci (2001) propusieron una organización de las diferentes propuestas incluyéndolas en dos grandes tradiciones: una relacionada fundamentalmente con la felicidad, denominada bienestar hedónico, cuyo exponente empírico principal es el bienestar subjetivo, y que propone que el bienestar consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas, y otra, ligada al desarrollo del potencial humano, a la que se conoce como bienestar eudaimónico, y en la que destaca el desarrollo empírico conocido como bienestar psicológico.

En esta disertación nos centramos fundamentalmente en el componente emocional del bienestar subjetivo, que se conceptualiza como la tendencia global a experimentar la vida de un modo placentero. En el bienestar subjetivo se distinguen dos componentes, uno emocional y otro cognitivo. El componente afectivo se refiere a los estados de ánimo del sujeto y estaría formado por las emociones positivas y negativas que éste experimenta. En las personas con bienestar predominarían las emociones positivas sobre las negativas. Por su parte, el componente cognitivo se refiere a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida (Diener, 1984; 1993; 2000).

Las emociones positivas son un componente esencial del bienestar que facilitan una serie de cogniciones y acciones que permiten al individuo construir recursos personales y psicológicos que no sólo mejoran su afrontamiento sino que, repercuten a su vez en la generación de emociones positivas, promoviendo de este modo una espiral de bienestar. Además, las emociones positivas facilitan repertorios de pensamiento y

recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales más adaptativos (Fredrickson, 2009).

En general, se suelen considerar las emociones positivas como un resultado. En concreto se entiende que serían la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). No obstante, hay que señalar que recientemente también se defiende que el bienestar emocional no es sólo una consecuencia, sino que también es antecedente de buenos resultados en la vida, como relaciones interpersonales satisfactorias, afrontamiento efectivo, éxito profesional y mejor salud física (Lyubomirsky et al., 2005; Veenhoven, 1994; 2008; Xu y Roberts, 2010).

El bienestar se ha asociado con el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático. En líneas generales, las diferentes investigaciones han encontrado una relación positiva entre el encuentro de beneficio y bienestar emocional, una mejor adaptación al entorno y una menor sintomatología depresiva y ansiógena (Affleck y Tennen, 1996; Thambyrajah et al., 2010). Aunque también se ha observado que puede coexistir con niveles moderados de malestar (Hegelson et al., 2006). En este sentido, algunos autores han concluido que el encuentro de beneficio refleja un resultado positivo en sí mismo y no una mera reducción de malestar. Es decir, son procesos independientes que pueden coexistir en el transcurso del tiempo (Chaves et al., 2013).

Los datos sugieren, por tanto, que los individuos más resilientes se sirven de las emociones positivas para afrontar las situaciones estresantes (Tugade y Fredrickson, 2007), y tienen una mayor satisfacción vital (Cohn et al., 2009).

El afecto positivo también se ha asociado con diferentes recursos psicosociales y psicológicos, como el apoyo social percibido, la autoeficacia y las estrategias de

afrentamiento efectivas, tales como las dirigidas a la resolución de problemas y las de reestructuración cognitiva positiva (Judge et al., 2005), así como con la emisión de conductas de salud, como la práctica de ejercicio regular, mantener una dieta equilibrada y cesación en la conducta de fumar, entre otras (Steptoe et al., 2009).

De igual modo, existe evidencia empírica que demuestra que el afecto positivo se relaciona con un mayor bienestar físico y salud. Diener y Chan (2011) encontraron que las emociones positivas predicen el buen funcionamiento de los sistemas cardiovascular e inmunológico y correlacionan con la longevidad. Además, el afecto positivo no solo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad, sino que parece facilitar la recuperación de la misma (Ostir et al., 2008).

Por tanto, cada vez existe más evidencia que pone de manifiesto la relación entre el bienestar y mejores estados de salud y una menor morbilidad general (Chida y Steptoe, 2009; Xu y Roberts, 2010) y cardíaca (Ostir et al., 2001). En este sentido, se ha observado que el afecto positivo predice la enfermedad cardíaca, constituyéndose un importante factor protector del riesgo coronario (Davidson et al., 2010).

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo según la OMS (2014). Dentro de estas, las cardiopatías isquémicas (infarto de miocardio y angina fundamentalmente) son la causa de muerte más frecuente en los países industrializados. Esto ha llevado a que muchos investigadores centren sus esfuerzos en encontrar las causas y factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades.

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo. En este sentido, como comentábamos al inicio de esta disertación, diferentes estudios han encontrado que existen fundamentalmente tres tipos de factores de riesgo para la aparición de las enfermedades cardiovasculares: a) los factores de riesgo inherentes, que son el resultado de condiciones genéticas o físicas, tales como el sexo, la edad, o los antecedentes familiares. En relación al sexo, los datos sugieren que la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres y, en lo referente a la edad, se ha observado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares se incrementa según avanza la misma (Chida y Hammer, 2008; Fritz et al., 2015; Soofi y Yusef, 2015); b) factores modificables, que dependen de hábitos de vida, tales como la práctica de actividad física, dieta, consumo de alcohol o tabaco, sedentarismo, colesterol, hipertensión, etc. (Kotseva et al., 2015; Menotti et al., 2015); y c) los factores psicosociales, tales como la experiencia de emociones negativas, como la ansiedad (Hemingway y Marmot, 1999; Roest et al., 2010; Tully et al., 2014), la depresión (Moser et al., 2010; Nicholson et al., 2006; Rugulies, 2002), o la hostilidad (Chida y Steptoe, 2009; Davidson et al., 2007; Marsland et al., 2008; Newman et al., 2011), el estrés (Kubzansky et al., 2009; Zen et al., 2012), y un bajo apoyo social percibido (Maunder et al., 2015; Lett et al., 2007).

Los factores psicosociales inciden en diferentes estadios del desarrollo de las ECV, existiendo evidencia de su incidencia tanto en la etiología, como en el mantenimiento y desarrollo de la enfermedad cardíaca.

Diferentes estudios han encontrado relaciones positivas entre la ansiedad y la enfermedad coronaria y muerte cardíaca súbita (Kubzansky et al., 1997; Tully et al., 2014). Asimismo, existen resultados que han encontrado que la ansiedad incide en un peor pronóstico en los pacientes cardíacos (Brouwers et al., 2015; Nicholson et al., 2006; Whang et al., 2009) e incrementa el riesgo de mortalidad en esta población médica (Brummett et al., 2005; Denollet et al., 2013; Herrmann et al., 2000; Versteeg et al., 2015).

La depresión también es un factor de riesgo de la cardiopatía isquémica, habiéndose demostrado que provoca cambios fisiopatológicos que afectan al desarrollo y progresión de la enfermedad inflamatoria crónica de la aterosclerosis (Shah et al., 2004). Se ha encontrado que la depresión es 3 veces más común en pacientes que han sufrido un evento cardíaco, que en población general (Thombs et al., 2006; Thombs et al., 2008). La depresión durante la hospitalización se asocia con un riesgo 3 veces mayor de enfermedad coronaria en los primeros 18 meses después de la misma (Dragu et al., 2008) y una mayor tasa de hospitalizaciones y mortalidad transcurridos cinco años tras el primer evento cardíaco (Versteeg et al., 2015).

La ira y la hostilidad también incrementan la probabilidad de padecer un evento cardíaco tanto en poblaciones sanas como médicas (Chida y Hamer, 2008; Chida y Steptoe, 2009). En poblaciones médicas, además, la hostilidad se asocia con un peor pronóstico de la enfermedad cardíaca, una mayor recurrencia de episodios coronarios y mayores tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad (Newman et al., 2011; Smith et al., 2004).

También existe evidencia sobre el papel del estrés como factor precipitante para el infarto de miocardio en pacientes con ECV. Se ha encontrado que el estrés aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas (Arnold et al., 2012). En esta línea, el estudio INTERHEART (Yusuf et al., 2004) comparó más de 15.000 personas que habían sufrido infarto de miocardio con objeto de analizar los factores de riesgo más significativos, encontrando que los agentes estresantes se relacionaron significativamente con el infarto de miocardio.

En cuanto al papel del apoyo social o de vínculos sociales, se ha observado el fuerte impacto que estos tienen en la salud, en los procesos de enfermedad en general, y en las enfermedades cardiovasculares, en particular. La falta de contacto o actividad social surge como un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular (Kamarck et al., 1990). Se ha constatado que las personas que presentan un mayor aislamiento social tienen un mayor riesgo de muerte que las personas con una mayor implicación social (Adams et al., 1989).

Lett y colaboradores (2007; Lett et al., 2005) encontraron que un bajo apoyo social percibido incrementaba el riesgo de mortalidad y morbilidad de dos a cuatro veces más en esta población médica. De igual modo, se ha estudiado el efecto del apoyo social en pacientes cardíacos observando que el riesgo de recurrencia de trastornos cardíacos fue mucho más elevado en personas que vivían solas, frente a las que vivían acompañadas (Case et al., 1992; Strike y Steptoe, 2005).

En las últimas décadas se ha comenzado a poner de manifiesto que los estados psicológicos positivos no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden jugar un rol protector en relación a la aparición de problemas físicos y enfermedades, así como en los procesos de recuperación.

Existe evidencia empírica que demuestra que el afecto positivo se relaciona con el bienestar físico. Diener y Chan (2011) en su revisión de la literatura sobre el bienestar y la salud concluyen que las emociones positivas predicen el buen funcionamiento de los sistemas cardiovascular e inmunológico. Además, se ha observado que las emociones positivas también correlacionan con la longevidad.

Por tanto, cada vez existe más evidencia empírica que pone de manifiesto la relación entre el bienestar y mejores estados de salud y una menor morbilidad. En este sentido, se ha observado que los individuos que reportan mayores niveles de bienestar presentan mejores estados de salud, experimentan menos síntomas físicos (Lyubormirsky et al., 2006; Xu y Roberts, 2010) y menor mortalidad general (Chida y Steptoe, 2009).

Respecto a la relación entre el bienestar subjetivo y la salud en pacientes cardíacos, Williams y Schneiderman (2002) argumentaron que existe una fuerte evidencia empírica que demuestra el efecto predictivo del bienestar en la enfermedad cardíaca. En este sentido, diversas investigaciones han mostrado que el afecto positivo podría estar relacionado con una mejor salud y una mayor longevidad, en estos pacientes. Ostir y colaboradores (2001) en una investigación prospectiva de seis años comprobaron que existía una relación entre el afecto positivo y la disminución del riesgo de infarto de miocardio y de apoplejía, tras un seguimiento de seis años. Resultados similares encontraron Davidson y colaboradores (2010), tras diez años de seguimiento, observando que el afecto positivo predecía la enfermedad cardíaca, concluyendo que este ejercía un importante factor protector del riesgo coronario.

Un reciente estudio metaanalítico ha analizado la asociación entre diferentes dimensiones del bienestar y diferentes resultados de salud en una muestra de más de 14.000 pacientes cardíacos. En general, se observó que la mayoría de los estudios

analizados mostraban relaciones significativas entre constructos psicológicos positivos, tales como el optimismo, el afecto positivo, etc. y mejores resultados de salud, en las diferentes enfermedades cardíacas analizadas. También se observaron relaciones significativas entre los constructos positivos evaluados y menores tasas de hospitalización y mortalidad cardíaca. Concretamente, se encontró que alrededor del 60% de los estudios mostraban asociaciones positivas significativas entre el bienestar y la salud en pacientes cardíacos, incluso cuando se contralaron variables tales como la depresión o el afecto negativo. Esto sugiere que el bienestar podría tener un efecto adicional y beneficioso en los resultados de salud en esta población (Dubois et al., 2015).

En las últimas décadas ha surgido un interés complementario en estudiar no sólo las consecuencias psicopatológicas devenidas de las situaciones traumáticas, sino también aspectos relacionados con un adecuado funcionamiento psicológico. En este contexto, surge el creciente interés por analizar conceptos fuertemente vinculados con el bienestar y la salud, tales como la resiliencia y el crecimiento postraumático o encuentro de beneficio.

El encuentro de beneficio o crecimiento postraumático, hace referencia a la posibilidad de que las personas experimenten cambios positivos como resultado de vivir experiencias adversas (Tedeschi y Calhoun, 1996). Tedeschi y Cahoun (2004) han observado tres esferas de cambio: en uno mismo, en las relaciones con otros y en la espiritualidad o en la filosofía de vida.

En líneas generales, las diferentes investigaciones han encontrado una relación positiva entre encuentro de beneficio y bienestar emocional (Boehm et al., 2011; Costa y Pakenham, 2012; Pascoe y Edvardsson, 2013), una mejor adaptación al entorno

(Sawyer et al., 2010) y una menor sintomatología depresiva y ansiógena (Littelwood et al., 2008; Thambyrajah et al., 2010).

También existe evidencia de que el encuentro de beneficio podría tener un efecto protector en la salud. En concreto, con pacientes cardíacos se ha encontrado que aquellos que informaban de mayores beneficios percibidos, siete semanas después de sufrir un infarto cardíaco, redujeron su probabilidad de sufrir otro ataque cardíaco y presentaban menores niveles de morbilidad, ocho años después (Affleck et al., 1987).

Por su parte, los recursos psicosociales se conciben como factores de protección contra la adversidad que ayudan al individuo a llevar a cabo una evaluación y afrontamiento adecuado ante las diferentes situaciones adversas. Son, por tanto, un conjunto de características positivas que actúan dirigiendo u organizando el comportamiento en diferentes situaciones (Taylor, 2011). Los recursos psicosociales que se han asociado de manera consistente con un mayor bienestar y salud física y psicológica, y en los que nos centramos en esta disertación son el afrontamiento efectivo, el apoyo social y la autoeficacia (Folkman y Moskowitz, 2004; Taylor y Stanton, 2007).

Las estrategias de afrontamiento más efectivas, en función de su relación positiva con el bienestar y la salud, son las orientadas a la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva positiva (la aceptación y reevaluación) (Carver, 2004; Chida y Hamer, 2008; McKenna et al., 1999; Schnall et al., 2010), mientras que se consideran inefectivas las estrategias evitativas que mantienen un patrón inverso con el bienestar.

En pacientes cardíacos, el afrontamiento inefectivo (evitación), se ha relacionado con una mayor sintomatología depresiva y malestar (Vollman et al., 2007) y niveles más bajos de apoyo social percibido (Trivedi et al., 2009), mientras que el afrontamiento

efectivo (afrentamiento activo y afrontamiento basado en la reestructuración cognitiva positiva) se ha relacionado con mayores niveles de bienestar y con una morbilidad y mortalidad menores (Murberg et al., 2002).

El apoyo social, y más concretamente la calidad y valoración subjetiva del mismo, se ha relacionado también con el bienestar y la salud (Littelwood et al., 2008; Prati y Pientranttoni, 2009). En este sentido, son muchos los estudios que demuestran que el apoyo social está asociado con un mejor ajuste psicológico y con el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas (Pascoe y Edvardsson, 2013; Ullman, 2014).

El apoyo social percibido, por tanto, contribuye a un mayor bienestar ante situaciones de estrés, al ejercer un papel moderador entre las estrategias orientadas a la resolución de problemas y el bienestar (Chao, 2011).

Las personas con niveles más altos de apoyo social tienen más confianza en sus habilidades, un mayor afecto positivo y satisfacción con la vida (Liu et al., 2016), tienen menos riesgo de padecer depresión (Bambara et al., 2014; Marreiro y Carballeira, 2010; Matud et al., 2002; Pinguart y Sörensen, 2011), se sienten más capaces de amortiguar las consecuencias negativas del estrés (Marreiro y Carballeira, 2010), tienen una mejor salud psicológica (House et al., 1988) y una mejor y más rápida recuperación en multitud de trastornos psicológicos (Asher, 1984; Lara et al., 1997). En contraposición, se ha encontrado que en ausencia de apoyo social, hay un descenso del bienestar (Fordyce, 1988).

De igual modo, la autoeficacia, definida como la creencia en la propia capacidad para ejecutar las acciones necesarias para conseguir determinados resultados (Bandura, 1977; 2004), se ha asociado fuertemente con mayores niveles de bienestar y salud, tanto en población general como en pacientes cardíacos (Lorig y Holman, 2003; Steca et al., 2013).

Las creencias de autoeficacia desempeñan un papel determinante en la modificación o adopción de diferentes conductas de salud. Estas son especialmente importantes en los programas de rehabilitación cardíaca, tales como hacer dieta (Aljaseem et al., 2001), la realización de actividad física (Aljaseem et al., 2001; Arnold et al., 2005; D'Angelo et al., 2014), la adherencia a los tratamientos médicos (Clark y Dodge, 1999; Luszczynska et al., 2007), el mantenimiento del peso y la reducción en la ingesta de alcohol y consumo de tabaco (Ashford et al., 2010; Bandura, 1977, Bandura, 1997).

En relación a la práctica de actividad física, distintos hallazgos indican que las percepciones de autoeficacia juegan un significativo rol en la conducta de hacer ejercicio (Bray et al., 2001). Es decir, se ha observado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con niveles más bajos de autoeficacia (McAuley et al., 1999).

En definitiva, los recursos contribuyen a incrementar y fortalecer la resistencia de las personas frente a las dificultades de la vida, teniendo como resultado una incidencia claramente positiva tanto en la salud, como en el bienestar de las personas (Grych et al., 2015; Luszczynska et al., 2007; Taylor et al., 2000; Vázquez, Pérez-Sales et al., 2006).

También se han encontrado relaciones positivas entre el encuentro de beneficio y los recursos psicosociales, tales como las estrategias de afrontamiento efectivo (Hegelson et al., 2006; Pooley et al., 2013; Linley y Joseph, 2004; Prati y Pietrantonio, 2009; Senol-Durak y Ayvasik, 2010; Yeung et al., 2015), el apoyo social (Prati y Pietrantonio, 2009; Tedeschi y Calhoun, 2004; Ullman, 2014) y la autoeficacia (Lightsey et al., 2014; Luszczynska et al., 2005). Es necesario señalar que estos recursos

no sólo se relacionan con el encuentro de beneficio, sino que existe cierta similitud conceptual entre estos recursos y los diferentes componentes del encuentro de beneficio. Así, el apoyo social guarda similitudes conceptuales con el componente del encuentro de beneficio relativo a las mejoras en las relaciones interpersonales, y la autoeficacia y el afrontamiento efectivo lo hace con los cambios producidos en uno mismo.

Una cuestión clave y que no ha recibido mucha atención hasta ahora es la relativa a la dirección de la relación entre recursos psicosociales y encuentro de beneficio. Existe alguna evidencia de que la presencia de recursos psicosociales, tales como la autoeficacia, el apoyo social o las estrategias de afrontamiento, incrementan las probabilidades de encontrar beneficio frente a una situación adversa. Concretamente, Linley y Joseph (2004) encontraron que tanto el apoyo social como la autoeficacia eran precursores del encuentro de beneficio. En la misma línea, Luszczynska y colaboradores (2005) observaron que las creencias de autoeficacia y las estrategias de afrontamiento predijeron las dimensiones de encuentro de beneficio de aceptación de la imperfección de la vida y de crecimiento personal, mientras que el apoyo social predijo cambios positivos en las relaciones familiares. Otros investigadores han encontrado que se incrementan las probabilidades de encontrar beneficio si se tiene una alta autoeficacia (Pakenham, Sofronoff, y Samios, 2004). Mientras que otros consideran que el mayor predictor del encuentro de beneficio es el apoyo social recibido (Schultz y Mohamed, 2004).

En un reciente estudio realizado por Wang y colaboradores (2015) se analizó el papel predictor que los recursos psicosociales tenían sobre el encuentro de beneficio en una muestra de mujeres con cáncer de mama en China, encontrando que tanto el apoyo social percibido como las estrategias efectivas, y en concreto las relativas a una

reestructuración cognitiva positiva, fueron factores importantes a la hora de predecir el encuentro de beneficio en esta muestra.

En estos estudios previos, sin embargo, no se puso a prueba si el encuentro de beneficio podía preceder al desarrollo de los recursos psicosociales. Por ello, sería interesante comprobar si son los recursos psicosociales los que promueven el encuentro de beneficio, o si por el contrario, es el encuentro de beneficio o crecimiento postraumático el que promueve el desarrollo de recursos psicosociales.

Dado que el encuentro de beneficio es un constructo sumamente relevante para el bienestar y la salud de los enfermos cardíacos es importante contar con una medida fiable y válida. Sin embargo, hasta donde sabemos, no existe ninguna medida para estos pacientes.

La escala desarrollada por Antoni y colaboradores (2001) para pacientes con cánceres es una de las más empleadas en los estudios sobre encuentro de beneficio. Esta escala consta de 17 ítems que recogen diferentes dominios tales como la aceptación de las imperfecciones de la vida, la mejora de las relaciones interpersonales y el crecimiento personal. En el análisis factorial que llevaron a cabo los autores encontraron cuatro factores que tuvieron valores propios por encima de uno. Sin embargo, mientras que el valor del primer factor fue de 7,73 el de los siguientes oscilaba entre 1 y 1,56, motivo por el que Antoni y sus colaboradores (2001) decidieron utilizar la puntuación total de la escala como medida unitaria. Así entendida, la escala mostraba una alta consistencia interna, con un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,95 y una estabilidad temporal test-retest de 0,91 transcurridos tres meses de seguimiento y de 0,87 transcurridos 9 meses.

Esta escala ha sido utilizada posteriormente en otros estudios de pacientes con cáncer, también empleándose como unidimensional y alcanzando en todos los casos una

alta consistencia interna, con coeficientes *alpha* de Cronbach que oscilaron entre 0,76 y 0,95 (Dunn et al., 2011; Harrington, McGurk y Llewellyn, 2008; Kangas, Williams y Smee, 2011; Llewellyn et al., 2013; Pascoe y Edvardsson, 2015; Schultz y Mohamed, 2004; Urcuyo et al., 2005).

Resultados similares, también empleándose la escala como unidimensional, se han observado en otras poblaciones médicas, tales como pacientes con VIH, en las que se han alcanzado valores entre 0,75 y 0,94 (Littelwood et al., 2008), pacientes con Parkinson, en los que ha llegado el coeficiente a 0,93 (Mavandadi et al., 2014) y en lesionados de médula espinal también alcanzando 0,93 (Kortte, Gilbert, Gorman y Wegener, 2010).

Los diferentes estudios que han realizado análisis factoriales utilizando la escala de Antoni y colaboradores (2001) han encontrado diferentes factores. Así, Lubczynska y colaboradores (2005) con una muestra de pacientes oncológicos observaron la existencia de cuatro factores diferenciados en sus análisis exploratorios: aceptación de la imperfección de la vida, crecimiento personal, cambios positivos en las relaciones familiares y una mayor empatía o sensibilidad hacia otras personas. Resultados similares encontraron Llewellyn y colaboradores (2013) también con pacientes oncológicos, quienes obtuvieron cuatro factores, siendo el primero de aceptación, el segundo de crecimiento emocional, el tercero de propósito vital y apoyo y un cuarto factor en el que se incluían 5 ítems que estos autores formularon de forma inversa en su adaptación.

Wang, Li, Yang y Cai (2013) con una muestra de pacientes con cáncer de mama en China encontraron cinco factores, que denominaron: crecimiento personal, cambios en la visión del mundo, mejora de las relaciones familiares, mejora de las relaciones

sociales y aceptación. El coeficiente *alpha* de Cronbach para la escala total fue de 0,96 y para los cinco factores osciló entre 0,77 y 0,90. La estabilidad test-retest de la escala total y de los cinco factores fue superior a 0,70, transcurrido un mes desde la evaluación inicial.

Por su parte, Rinaldis y colaboradores (2010), en una muestra de pacientes con cáncer, encontraron en sus análisis factoriales la existencia de tres factores diferenciados: aceptación, crecimiento personal y mejora de las relaciones interpersonales.

No obstante, cabe destacar que otros autores, también con muestras de pacientes oncológicos, han encontrado un único factor en la escala de encuentro de beneficio (Pascoe y Edvardsson, 2015; Kangas et al., 2011; Urcuyo et al., 2005). De igual modo, otros investigadores han utilizado la escala de manera unidimensional sin llevar a cabo análisis factoriales, como los realizados por Luszczynska y colaboradores (2007) en una muestra de pacientes con VIH, Mavandadi y colaboradores (2014) en un estudio realizado con pacientes diagnosticados de parkinson, Kortte y colaboradores (2010) en una muestra de lesionados medulares o Schultz y Mohamed (2004) en pacientes oncológicos.

Por último, querríamos señalar que la capacidad funcional se encuentra deteriorada en los pacientes que acaban de sufrir un evento cardíaco. El hecho de que los pacientes no puedan mantener el nivel de actividades que tenían antes de la ocurrencia del evento, tiene un efecto negativo en su estado psicológico, siendo en gran parte responsable del empeoramiento de su bienestar emocional (Allahverdipour, AsghariJafarabadi, Heshmati y Hashemiparast, 2013; Karapolat et al., 2007; Sanjuán, Arranz y Castro, 2014). Por ello, las actividades que se incluyen en los programas de

rehabilitación cardiaca están destinadas a mejorar esta capacidad funcional y, por tanto, la cantidad de actividades de la vida diaria que los pacientes pueden realizar.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En función de todo lo expuesto previamente nos planteamos una serie de objetivos en una muestra de pacientes que acababan de sufrir un primer episodio cardiaco y que iban a comenzar un programa de rehabilitación cardiaca de 8 semanas de duración, y a los que se evaluaba antes de comenzar dicho programa (Tiempo 1) y al finalizarlo (Tiempo 2) en una serie de variables clínicas (capacidad funcional y tiempo desde el diagnóstico), sociodemográficas (edad, sexo, estatus como trabajador, tipo de convivencia y nivel educativo) y psicológicas (encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, autoeficacia, apoyo social, afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos). Los objetivos fueron los siguientes:

Objetivo 1: Estudiar las propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio (EEB) para este tipo de población.

Objetivo 2: Analizar las relaciones existentes entre el encuentro de beneficio, las diferentes medidas de bienestar emocional evaluadas (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) y los distintos recursos psicosociales medidos (afrontamiento efectivo, autoeficacia y apoyo social).

Objetivo 3: Analizar la contribución conjunta del encuentro de beneficio y los recursos psicosociales (afrontamiento efectivo, autoeficacia y apoyo social) al bienestar emocional (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos).

Objetivo 4: Estudiar la dirección de la relación entre los recursos psicosociales y el encuentro de beneficio.

De acuerdo con estos objetivos y las evidencias expuestas anteriormente, se plantean las hipótesis que se exponen a continuación:

Hipótesis 1: Esperábamos que en este tipo de población la versión española de la EEB tuviera adecuada consistencia interna y estabilidad temporal, así como validez de criterio.

Esperábamos, que tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2, y después de controlar las variables clínicas y sociodemográficas relevantes, que:

Hipótesis 2: El encuentro de beneficio se relacionara positivamente con afecto positivo y negativamente con afecto negativo y síntomas depresivos.

Hipótesis 3: Los diferentes recursos psicosociales evaluados (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) mantuvieran relaciones significativas positivas con el afecto positivo y negativas con el afecto negativo y los síntomas depresivos.

Hipótesis 4: El encuentro de beneficio mantuviera relaciones positivas significativas con los recursos psicosociales analizados (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia).

Hipótesis 5: Tomando conjuntamente tanto el encuentro de beneficio como los recursos psicosociales (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) contribuirían de forma significativa y positiva al desarrollo de afecto positivo.

Hipótesis 6: Tomando conjuntamente tanto el encuentro de beneficio como los recursos psicosociales (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) contribuirían de forma significativa y negativa al desarrollo de afecto negativo y síntomas depresivos.

Además, después de controlar las variables clínicas y sociodemográficas relevantes, esperábamos que:

Hipótesis 7: Los diferentes recursos psicosociales analizados (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) del Tiempo 1 predecirían el encuentro de beneficio del Tiempo 2.

3. MÉTODO

3.1. Participantes y procedimiento

Ciento cincuenta y cuatro pacientes cardíacos fueron reclutados para este estudio en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC) del Hospital Universitario La Paz-Cantoblando el día que iban a iniciar la Fase II de un Programa de Rehabilitación Cardíaca (FII-PRC). El tiempo transcurrido entre la hospitalización (Fase I) y el comienzo de la Fase II varía dependiendo de la severidad del episodio cardíaco, y la Fase II sólo comienza cuando el médico considera que la realización de ejercicio físico no supone un riesgo para el paciente.

La FII-PRC tiene una duración de 8 semanas, siendo la primera y la última en las que se realizan las evaluaciones de los parámetros fisiológicos de interés, mientras que en las 6 semanas intermedias se implementa el programa propiamente dicho. Consiste en dos sesiones de ejercicio físico semanales de una hora de duración, más otras dos sesiones semanales que se dedican a la práctica de la relajación, y a aportar información sobre estilos de vida saludables, dieta, hábitos de ejercicio, medicación y manejo del estrés, que también tienen una duración aproximada de una hora cada una.

A los pacientes que iban a empezar la Fase II del PRC y que cumplían con los criterios se les ofrecía la oportunidad de participar en nuestro estudio.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Diagnóstico de cardiopatía isquémica.
2. Que se tratara del primer evento cardíaco sufrido.
3. Aceptar la participación voluntaria en el estudio, mediante la firma de un

documento de consentimiento informado en el que se explica la naturaleza del estudio y sus fines.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Padecer otra enfermedad grave (diabetes, cáncer, artritis reumatoide, etc.).
2. Padecer trastornos psiquiátricos o deterioro cognitivo.
3. No entender el idioma español.

Aquellos pacientes que voluntariamente decidían participar eran entrevistados por una psicóloga de la unidad para recoger sus datos sociodemográficos y descartar trastornos psiquiátricos, antecedentes de síntomas psicóticos o deterioro cognitivo. Otras enfermedades severas eran descartadas antes de ser enviados a la URC para comenzar la FII-PRC, en la Unidad de Cardiología. El Comité de Bioética del hospital aprobó el protocolo y cada participante firmó el consentimiento informado de participación (que puede verse en el Anexo I) tras esta entrevista.

De los 154 pacientes, 1 fue excluido por tener problemas psiquiátricos previos. De esta manera, en el Tiempo 1, la muestra estaba finalmente compuesta por 153 pacientes. Cincuenta y siete pacientes no respondieron al cuestionario final y/o no completaron el PRC, por lo que, en el Tiempo 2, 8 semanas después, la muestra estaba compuesta por 96 pacientes. Las características de la muestra tanto en el Tiempo 1 como en el 2 pueden verse en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

	Tiempo 1 Inicial	Tiempo 2 Final
<i>N</i>	153	96
Género (% de varones)	85	83,3
Edad [media (Desviación Típica)]	54,7 (8,81)	57,74 (8,57)
Tiempo desde el diagnóstico [media (Desviación Típica)]	32,02 (32,70)	34,65 (36,78)
Estatus ocupacional (% de pacientes empleados antes del evento cardíaco)	57,5	61,5
Tipo de convivencia (% de pacientes que viven con su familia)	90,8	89,6
Nivel educativo (% de pacientes con educación primaria, secundaria y universitaria)	26,8 30,7 42,5	26 34,4 39,6

3.2. Medidas

Tanto en el Tiempo 1 como en el 2, los pacientes que mostraron su conformidad en participar en el estudio, realizaban las siguientes pruebas (que se pueden ver en el Anexo II): *Escala de Encuentro de Beneficio* (Antoni et al., 2001), *Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida* (Ruiz y Baca, 1993), *Escala Reducida del COPE-Abreviada (Brief Coping Orientations to Problems Experienced-Short form;* Carver, 1997; versión española de Sanjuán, Magallares, Ávila, y Arranz, 2016), *Escala de Autoeficacia General* (Schwarzer y Baessler, 1996; versión española de Sanjuán et

al., 2000), *Subescala de Síntomas Depresivos del Listado de los 90 Síntomas Revisado* (*Symptoms Checklist Revised, SCL-90-R*; Derogatis, 1977; Adaptación española: González de Rivera et al., 1989), *Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS*; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; versión española: Sandin et al., 1999), y *Capacidad Funcional*.

3.2.1. *Escala de Encuentro de Beneficio* (Antoni et al., 2001). La escala fue traducida del inglés al español por la directora de esta disertación. Después un profesor nativo inglés realizó la retrotraducción. Las escasas discrepancias encontradas fueron fácilmente resueltas mediante discusión. La escala consta de 17 ítems que recogen la percepción de beneficios en diferentes áreas como el afrontamiento de las situaciones, las relaciones interpersonales incluyendo las relaciones con la familia, o los recursos personales. Los participantes contestaron a cada uno de los ítems mediante escalas tipo Likert de 7 puntos, donde el “0” equivale a “Nada” y el “6” a “Mucho” en función del grado en que lo expresado en el ítem les fuera aplicable. La puntuación total se calcula haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen la escala, indicando puntuaciones más elevadas una mayor percepción de beneficios. Esta escala tiene buenas propiedades psicométricas en términos de validez y fiabilidad interna, habiéndose utilizado mayoritariamente en muestras clínicas. En la escala original de Antoni y colaboradores (2001) con pacientes con cáncer se encontró una alta consistencia interna (0,95), que se ha corroborado en estudios posteriores tanto con el mismo tipo de muestras ($\alpha=0,95$) (Pascoe y Edvardsson, 2013) como en otras muestras, tales como pacientes con VIH ($\alpha=0,83$) (Luszczynska et al., 2007) o lesionados medulares ($\alpha=0,93$) (Kortte et al., 2010).

3.2.2. *Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida* (Ruiz y Baca, 1993). Esta subescala consta de 8 ítems que valoran el tipo de relaciones establecidas

con la familia y los amigos así como el nivel del apoyo social percibido. Los participantes responden a cada uno de los ítems con escalas tipo Likert de 7 puntos, donde el “0” equivale a “Nada” y el “6” a “Totalmente”, en función del grado que mejor refleje su situación personal en el momento de la evaluación. La puntuación total se calcula haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen la subescala, indicando puntuaciones más elevadas un mayor apoyo social. Los coeficientes *alpha* de Cronbach obtenidos en la versión original (Ruiz y Baca, 1993) fueron elevados, tanto para la escala total (0,94), como para las subescalas, que oscilaron entre 0,80 y 0,92. En muestras de pacientes cardíacos, Valls y Rueda (2010) encontraron un α de 0,81 para la subescala de apoyo social. Resultados similares se han encontrado también en muestras no clínicas (0,86) (Rueda y Pérez-García, 2004).

3.2.3. *Escala Reducida del COPE-Abreviada (Brief-COPE-Short form; Carver, 1997).*

De acuerdo con los propósitos de este estudio empleamos la versión española (Sanjuán, Magallares et al., 2016) de una versión reducida del COPE abreviado propuesta por Eisenberg, Shen, Schwarz y Mallon (2012) para pacientes cardíacos y que consta de 14 ítems, 1 por cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas. Las escalas de respuesta tienen formato tipo Likert de 7 puntos, en las que el “0” equivale a “No, en absoluto” y el “6” a “Totalmente” de acuerdo con el grado con que cada participante emplee cada una de las estrategias recogidas en los ítems.

Dados nuestros objetivos, y de acuerdo con la literatura sobre afrontamiento (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003) y la recomendación del propio Carver (1997), procedimos a realizar un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales y rotación Varimax con los datos actuales. El Test de Esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativo ($\chi^2=470,50$, $gl=91$, $p<0,001$), y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,66$) excedía el

valor mínimo requerido de 0,5, por lo que los datos eran idóneos para poder realizar dicho análisis factorial. Se obtuvieron 4 factores con valores propios mayores que 1, que explicaban el 56,61% de la varianza. En el primer factor, que explicaba el 17,02 de la varianza, saturaban 3 ítems, 2 relativos a la solución de problemas (enfrentamiento activo y planificación) y 1 de reevaluación positiva de las situaciones, por lo que se le denominó afrontamiento efectivo. De acuerdo con los propósitos de este estudio, sólo nos focalizamos en las estrategias recogidas por este primer factor. La puntuación correspondiente se calculó haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los 3 ítems que componían el factor, con puntuaciones más elevadas indicando más uso del tipo de estrategias evaluadas.

El Brief-COPE cuenta con amplia validación en numerosos estudios (Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman, 2000; Urcuyo et al., 2005), alcanzando sus diferentes escalas coeficientes *alpha* de Crombach entre 0,46 y 0,88. En otros estudios realizados con pacientes cardiacos se han observado coeficientes de consistencia interna que oscilan entre entre 0,42 y 0,89 (Valls y Rueda, 2010). En un estudio con estudiantes (Yeung et al., 2015) se informa de coeficientes de 0,73 y 0,80, para las subescalas de reestructuración cognitiva positiva y de resolución de problemas, respectivamente.

3.2.4. Escala de Autoeficacia General (Schwarzer y Baessler, 1996; versión española de Sanjuán et al., 2000). La escala consta de 10 ítems que recogen la creencia estable de las personas sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Los ítems se responden con escalas tipo Likert de 7 puntos, con el “0” indicando “Totalmente en desacuerdo” y el “6” señalando “Totalmente de acuerdo” en función del grado de acuerdo que tenga el participante con cada uno de los ítems. La puntuación total se calcula haciendo la media de las

puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen la escala, señalando las puntuaciones altas mayor percepción de autoeficacia.

La escala original ha mostrado una consistencia interna considerable (entre 0,79 y 0,93). En el estudio de las características psicométricas para población española realizado por Sanjuán y colaboradores (2000) también se ha observado una alta consistencia interna (0,87). Estos resultados se han encontrado también en otros estudios, en población general (0,86 y 0,90) (Rueda y Pérez-García, 2004; Warner et al., 2014) y en pacientes cardiacos (0,81) (Schroder y Schwarzer, 2005)

3.2.5. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; versión española: Sandin et al., 1999). Esta escala consta de 20 ítems, 10 relativos a la dimensión de afecto positivo y otros 10 que miden afecto negativo. Los participantes contestaron con escalas que iban del “0” (Nada en absoluto) al “6” (Totalmente) en función del grado que mejor reflejase cómo se habían sentido en la última semana. Las puntuaciones de las dos subescalas se obtienen haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen dichas subescalas, indicando las puntuaciones altas mayor afecto positivo o negativo respectivamente.

El PANAS tiene buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez. Watson y colaboradores (1988) informan de coeficientes *alpha* de 0,88 y 0,87, para afecto positivo y afecto negativo, respectivamente. En la versión española de Sandin y colaboradores (1999) se encontraron coeficientes de consistencia interna para el afecto positivo de 0,87 y 0,89 para mujeres y hombres, respectivamente, y para el afecto negativo de 0,89 y 0,91. En una nueva adaptación de la escala a población española realizada por López-Gómez, Hervás y Vázquez (2015), se encontró un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,92 para la escala de afecto positivo y de 0,88 para la

escala de afecto negativo. En poblaciones cardiacas, se han encontrado también una alta consistencia interna. Concretamente, Sanjuán, Montalbetti y colaboradores (2016) encontraron coeficientes *alpha* de 0,89 y 0,93 para afecto positivo y negativo, respectivamente.

Resultados similares se han observado en otras poblaciones médicas, como, por ejemplo, en lesionados medulares donde Kortte y colaboradores (2010) obtuvieron un *alpha* de Cronbach de 0,87 y 0,86 para afecto positivo y negativo, respectivamente.

3.2.6. Subescala de Síntomas Depresivos del Listado de los 90 Síntomas Revisado (Symptoms Checklist Revised, SCL-90-R; Derogatis, 1977; Adaptación española: González de Rivera et al., 1989). Está compuesto por 9 subescalas: Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo.

La subescala de depresión comprende 13 ítems que describen diferentes componentes afectivos, cognitivos y conductuales de la depresión, a los cuales los participantes deben contestar teniendo en cuenta en qué medida los han experimentado en los últimos siete días. En el presente estudio, los participantes contestaban a los ítems en escalas de 7 puntos, donde el “0” equivale a “Nada, en absoluto”, y el “6” que significa “Totalmente”. La puntuación se obtuvo calculando la media de los valores dados a los ítems que comprenden la subescala, de manera que las puntuaciones más altas representan mayor cantidad de síntomas depresivos experimentados.

Las propiedades psicométricas del SCL-90 recogidas en la literatura han sido adecuadas tanto en población clínica, como en población general, informándose de coeficientes de consistencia interna de 0,91 (Torres, San Sebastián, Ibarretxe y Zumalabe, 2000) y 0,87 (González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez,

2002) respectivamente. En una muestra de pacientes cardíacos, Valls y Rueda (2010) encontraron un coeficiente de fiabilidad para la subescala de depresión de 0,87. En otras poblaciones médicas, se se ha observado también una alta consistencia interna, como es el caso de Kortte y colaboradores (2010) quienes encontraron un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,70 en una muestra de lesionados medulares.

3.2.7. *Capacidad funcional.* Se valoró mediante una prueba de estrés cardíaco, en una cinta rodante. La unidad de medida de esta capacidad es el equivalente metabólico estándar o MET. Un MET equivale a la energía (oxígeno) que el cuerpo usa en reposo, mientras que se está sentado o leyendo un libro, por ejemplo. A través de la prueba de estrés cardíaco se registra el máximo número de METs alcanzado por el paciente, lo que permite predecir las actividades que el paciente podrá realizar sin problemas.

3.3. Análisis estadísticos

Como paso previo a la realización de los análisis estadísticos relacionados con el objeto de estudio se llevarán a cabo una serie de análisis preliminares.

En primer lugar, se calcularán los coeficientes *alpha* de cada una de las medidas empleadas en la investigación (encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social, autoeficacia, afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) para estudiar la fiabilidad de las mismas, así como los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las diferentes variables analizadas (en este caso además de las anteriores también se incluyeron los METs), tanto para el Tiempo 1 como para el Tiempo 2.

También se hallarán las correlaciones que puedan mantener las variables clínicas (METs, tiempo desde el diagnóstico) y sociodemográficas (edad, sexo, estatus como trabajador, nivel educativo y tipo de convivencia) con las psicológicas (encuentro de

beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social, autoeficacia, afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos), con el fin de conocer posibles relaciones entre ellas y poder controlar el efecto de aquellas en los análisis posteriores si se encuentran relaciones significativas. Por último, se realizarán análisis de varianza de medidas repetidas de un factor (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) con cada una de las variables analizadas como variables dependientes (METs, encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social, afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) incluyendo como covariantes las variables sociodemográficas y clínicas que hayan mantenido alguna correlación significativa con estas variables dependientes, para averiguar si se producían cambios significativos en las variables psicológicas analizadas entre las dos medidas realizadas.

Respecto a nuestros objetivos, en primer lugar, y con el fin de conocer las propiedades psicométricas de la EBB realizaremos diversos análisis. Para determinar las dimensiones del encuentro de beneficio llevaremos a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) mediante el método de componentes principales y rotación Varimax (método normalización de Kaiser). Antes de llevar a cabo el AFE se calculará el Test de Esfericidad de Barlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.

Para estudiar la consistencia interna de las dimensiones que se obtengan mediante el AFE calcularemos los coeficientes *alpha* de Cronbach. Con el fin de estudiar la estabilidad temporal de las distintas puntuaciones obtenidas en la EEB se emplearán dos estrategias de análisis. La primera, para estudiar la estabilidad absoluta, consistirá en conducir diferentes análisis de varianza de medidas repetidas de un factor (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) con las distintas puntuaciones de la EBB como variables dependientes. La segunda tendrá como finalidad estudiar la estabilidad relativa (o fiabilidad en términos psicométricos), lo que se realizará mediante el cálculo de las

correlaciones de las puntuaciones de la EEB entre el Tiempo 1 y del 2 para obtener los coeficientes test-retest.

Con el fin de estudiar la validez de criterio se calcularán las correlaciones de las distintas dimensiones obtenidas, así como la puntuación total en encuentro de beneficio con las medidas de bienestar emocional y recursos psicosociales.

Para analizar las posibles relaciones entre las variables evaluadas, se hallarán las correlaciones de Pearson entre los distintos recursos psicosociales y las diferentes medidas de bienestar emocional tanto en el Tiempo 1 como en el 2. Además, y para complementar las señaladas en el párrafo anterior, que se referían al Tiempo 1, también se calcularán las correlaciones entre todas las puntuaciones relativas a encuentro de beneficio y las medidas de bienestar emocional y de recursos psicosociales en el Tiempo 2.

Para analizar las posibles diferencias de medias en las distintas variables analizadas (METs, encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social, afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2 se realizarán análisis de varianza de medidas repetidas de un factor (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) con cada una de las variables analizadas como variables dependientes, incluyendo como covariantes las variables sociodemográficas y clínicas que hayan mantenido alguna correlación significativa con estas variables dependientes.

Para estudiar la contribución conjunta del encuentro de beneficio y los recursos psicosociales (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) en las diferentes medidas de bienestar emocional evaluadas (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos), tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2, se realizarán diferentes análisis de regresión. La variable criterio será el bienestar emocional (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) y como variables predictoras se incluirán el encuentro

de beneficio y cada uno de los recursos psicosociales evaluados. Cuando las variables sociodemográficas y clínicas mantengan correlaciones significativas con las variables criterio, y con el fin de controlar su efecto, se incluirán también en los análisis como variables predictoras.

Para terminar, y con el objetivo de analizar la dirección de las relaciones entre el encuentro de beneficio y los recursos psicosociales, es decir, si el encuentro de beneficio del Tiempo 1 puede predecir cada uno de recursos considerados del Tiempo 2, o si los recursos del Tiempo 1 son los predictores del encuentro de beneficio del Tiempo 2, se llevarán a cabo diferentes análisis de regresión con el encuentro de beneficio, la autoeficacia el apoyo social o el afrontamiento efectivo del Tiempo 1 como variable predictora. Dado que las correspondientes variables del Tiempo 2 (encuentro de beneficio, autoeficacia, apoyo social y afrontamiento efectivo) serán las variables criterio en cada uno de estos análisis de regresión, la correspondiente variable del Tiempo 1 será introducida como el primer predictor con el fin de controlar su efecto. Adicionalmente, cuando las variables sociodemográficas y clínicas mantengan correlaciones significativas con las variables criterio, y con el fin de controlar su efecto, se incluirán también en los análisis como variables predictoras.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis preliminares

4.1.1. Fiabilidad de los cuestionarios

En la Tabla 2 se recogen los coeficientes de consistencia interna de las diferentes medidas empleadas en el estudio, tanto para el Tiempo 1 como para el Tiempo 2.

Tabla 2. Coeficientes alpha de las escalas empleadas en el estudio

	Tiempo 1 (n=153)	Tiempo 2 (n=96)
Encuentro de Beneficio	0,93	0,93
Afrontamiento Efectivo	0,82	0,70
Apoyo Social	0,89	0,94
Autoeficacia	0,92	0,95
Afecto Positivo	0,89	0,89
Afecto Negativo	0,87	0,93
Síntomas Depresivos	0,91	0,92

Con carácter general, los expertos consideran que *alphas* iguales o mayores a 0,70 son coeficientes aceptables (George y Mallery, 2003; Nunnaly, 1978). No obstante, si estos son iguales o mayores a 0,50 se consideran suficientes (Nunnaly, 1978). Mayores de 0,7 y hasta 0,9 se consideran buenos, y mayores de 0,9 excelentes (George y Mallery, 2003). Las fiabilidades muy altas (iguales o mayores de 0,95) no son necesariamente deseables, pues indican que los ítems pueden ser muy redundantes (Streiner, 2003). Como se observa en los datos de nuestro estudio, la consistencia interna encontrada se sitúa en un intervalo que oscila entre 0,70 y 0,95 lo cual denota una consistencia interna entre aceptable y excelente para las escalas utilizadas, para ambos hitos temporales (Tiempo 1 y Tiempo 2).

4.1.2. Estadísticos descriptivos de las variables analizadas

En la Tabla 3 se recogen los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las variables analizadas (METs, encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social, autoeficacia, afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos), para ambos hitos temporales.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables analizadas

	Tiempo 1 (n=153)	Tiempo 2 (n=96)
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>
METs	8,13 (2,67)	11,01 (2,83)
Encuentro de Beneficio	4,04 (1,08)	4,30 (1,01)
Afrontamiento efectivo	4,66 (1,08)	4,92 (0,77)
Apoyo Social	4,76 (1,04)	4,86 (1,09)
Autoeficacia	4,18 (0,98)	4,30 (1,00)
Afecto Positivo	3,78 (1,13)	3,99 (1,07)
Afecto Negativo	1,94 (1,16)	1,59 (1,22)
Síntomas Depresivos	1,98 (1,32)	1,63 (1,22)

4.1.3. Correlaciones de las variables sociodemográficas y clínicas con las variables psicológicas

Con el fin de comprobar si las variables clínicas y demográficas tenían alguna relación con las variables psicológicas de interés, se calcularon las correlaciones entre ambas, para el Tiempo 1 y el Tiempo 2, con objeto de controlar su efecto en los análisis posteriores. En la Tabla 4 pueden verse las correlaciones de las variables clínicas y sociodemográficas con las psicológicas en el Tiempo 1, mientras que en la Tabla 5 se encuentran estas correlaciones para el Tiempo 2.

Tabla 4. Correlaciones de las variables clínicas y sociodemográficas con las psicológicas en el Tiempo 1 (n=153)

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Síntomas Depresivos	Encuentro de Beneficio	Afrontamiento Efectivo	Apoyo Social	Autoeficacia	METs T1
Edad	-0,14	0,08	0,12	0,09	-0,07	-0,18*	-0,01	-0,21*
Sexo	-0,14	-0,02	0,14	-0,02	-0,04	0,08	-0,05	-0,09
Tipo de Convivencia	0,06	0,11	-0,01	0,10	-0,01	0,18*	0,10	-0,00
Estatus ocupacional	-0,25**	0,04	0,22**	-0,04	-0,19*	-0,24**	-0,16*	0,02
Nivel Educativo	0,01	-0,01	-0,15	-0,12	0,05	-0,06	0,06	0,12
Tiempo desde diagnóstico	0,15	-0,12	-0,11	-0,02	0,13	0,10	0,06	-0,01
METs Tiempo 1	0,07	-0,02	-0,09	-0,07	0,03	0,09	0,08	-

Notas: MET= Equivalente metabólico estándar; Sexo (1=varón, 2=mujer); Tipo de Convivencia (1=solo, 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo); Nivel Educativo (1=primaria, 2=secundaria, 3=superior).

* p<0,05 ** p<0,01

Tabla 5. Correlaciones de las variables clínicas y sociodemográficas con las psicológicas en el Tiempo 2 (n=96)

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Síntomas Depresivos	Encuentro de Beneficio	Afrontamiento Efectivo	Apoyo Social	Auto-eficacia	METs T2
Edad	-0,10	0,12	0,13	0,00	-0,18	-0,17	-0,21*	-0,44***
Sexo	-0,22*	0,12	0,32***	-0,11	-0,02	-0,04	-0,19	-0,36***
Tipo de Convivencia	0,17	-0,07	-0,14	0,04	0,14	0,27**	0,06	-0,02
Estatus ocupacional	-0,27**	0,12	0,19	-0,03	-0,26**	-0,24**	-0,32**	-0,18
Nivel Educativo	-0,02	0,04	-0,09	-0,18	0,06	0,03	0,02	0,07
Tiempo desde diagnóstico	-0,02	0,14	0,03	0,14	-0,13	-0,08	0,00	-0,19
METs Tiempo 2	0,30**	-0,26**	-0,38***	0,00	0,28**	0,21*	0,24*	-

Notas: MET= Equivalente metabólico estándar; Sexo (1=varón, 2=mujer); Tipo de Convivencia (1=solo, 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo); Nivel Educativo (1=primaria, 2=secundaria, 3=superior).

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

En el Tiempo 1, encontramos que la edad mantenía correlaciones negativas con el apoyo social y con los METs, indicando que tanto el apoyo social percibido como la capacidad funcional son más altos cuanto más joven se es, o lo que es lo mismo, descienden con la edad.

También se encontró una correlación significativa positiva entre el tipo de convivencia y el apoyo social, lo cual, pone de manifiesto que el apoyo social percibido es mayor si se vive acompañado.

El estatus ocupacional correlacionó de manera negativa con afecto positivo y positivamente con síntomas depresivos y con los recursos psicosociales analizados (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia), lo que implica que estar desempleado se relaciona con menores niveles de autoeficacia, apoyo social percibido, afrontamiento efectivo y afecto positivo y mayores síntomas depresivos.

En el Tiempo 2, se observó que la edad correlacionaba inversamente con la autoeficacia y con los METs, lo que implica que, también para el Tiempo 2, la autoeficacia y la capacidad funcional son más altas cuanto más joven se es.

En el Tiempo 2, se encontró que el sexo correlacionaba con afecto positivo y los METs del Tiempo 2 de manera negativa y, de forma positiva, con los síntomas depresivos. Estas correlaciones significan que los varones puntúan más en afecto positivo y alcanzan mayor número de METs, mientras que las mujeres informan más síntomas depresivos.

Al igual que en el Tiempo 1, el tipo de convivencia correlacionó de manera positiva con el apoyo social percibido, lo que implica que las personas que viven acompañadas perciben un mayor apoyo social.

En lo referente al estatus ocupacional, encontramos correlaciones significativas negativas con el afecto positivo, el afrontamiento efectivo, el apoyo social y la autoeficacia,

lo que significa que una situación de desempleo correlaciona significativamente con niveles más bajos de afecto positivo y de recursos psicosociales.

Todas las variables sociodemográficas y clínicas que mantienen correlaciones significativas con las variables psicológicas analizadas se tendrán en cuenta en los análisis posteriores para controlar su efecto, ya sea como covariantes en los análisis de varianza, como predictores en los análisis de regresión, o calculando correlaciones parciales.

4.1.4. Análisis de las diferencias entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2

En la Tabla 6 pueden verse los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las variables estudiadas en función del tiempo, así como los resultados de los análisis de varianza de medidas repetidas realizados.

Tal y como puede observarse en la tabla, tanto los METs como el encuentro de beneficio se incrementaron significativamente del Tiempo 1 al 2.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos y resultados de los análisis de varianza (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) (n=96)

	Tiempo 1	Tiempo 2	<i>F</i> (1,95)	η^2_p
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>		
METS _a	8,35 (2,84)	11,01 (2,83)	3,82*	0,04
Encuentro de Beneficio	3,97 (1,16)	4,30 (1,01)	11,77***	0,11
Afrontamiento efectivo _b	4,66 (1,12)	4,92 (0,77)	0,04	0,00
Apoyo Social _c	4,78 (1,05)	4,86 (1,09)	0,69	0,01
Autoeficacia _d	4,12 (0,99)	4,30 (1,00)	0,94	0,01
Afecto Positivo _e	3,79 (1,16)	3,99 (1,07)	2,16	0,03
Afecto Negativo _f	1,97 (1,14)	1,59 (1,22)	0,14	0,00
Síntomas Depresivos _e	2,03 (1,39)	1,63 (1,22)	1,11	0,01

_adespués de controlar edad y sexo; _bdespués de controlar los METs y el estatus ocupacional; _c después de controlar los METs, el estatus ocupacional, el tipo de convivencia y la edad; _ddespués de controlar los METs, el estatus ocupacional, el sexo y la edad; _edespués de controlar los METs, el estatus ocupacional y el sexo; _fdespués de controlar los METs.

p* <0,05 * *p*<0,001

4.2. Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de encuentro de beneficio

Para conocer las dimensiones de la escala realizamos un análisis factorial exploratorio (AFE), que es la metodología aconsejada cuando no se conoce la posible agrupación de los datos (Bollen, 1989). Previamente a llevar a cabo el AFE, procedimos a calcular el Test de Esfericidad de Bartlett, que fue estadísticamente significativo ($\chi^2=1504,81$, *gl*=136, *p*<0,001), y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,90), que

excedía el valor mínimo requerido de 0,5, señalando la idoneidad de los datos para poder realizar dicho análisis factorial.

Tal como podemos ver en la Tabla 7, el análisis arrojó una solución de 3 factores con valores propios mayores que 1 y que explicaban en total un 64,17% de la varianza. De acuerdo con el contenido de los ítems, el Factor 1 gira en torno a la mejora en los recursos personales, las relaciones interpersonales y las repriorizaciones, por lo que le denominamos “Crecimiento personal”; el contenido de los ítems del Factor 2 se focaliza en la importancia de la familia y la empatía hacia los demás, debido a lo cual le llamamos “Familia”, y el Factor 3 se centra en la aceptación de las situaciones, por lo que nos referimos a él como “Aceptación”. En los tres factores, las saturaciones factoriales de los ítems que los componen fueron muy elevadas, oscilando en el primero entre 0,53 y 0,78, en el segundo entre 0,64 y 0,78 y en el tercero entre 0,74 y 0,82.

Una vez obtenida esta estructura factorial, además de la puntuación total en la EBB, procedimos a calcular las puntuaciones de las tres subescalas, correspondientes a cada uno de los tres factores obtenidos, haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que las componían. En la Tabla 8 podemos ver las correlaciones entre todas las puntuaciones obtenidas, así como los coeficientes *alpha* de las subescalas en la diagonal.

Como puede observarse las correlaciones de las tres subescalas con la escala total fueron muy elevadas, de la misma manera que las correlaciones de las distintas subescalas entre sí. Debido a esta circunstancia y siguiendo el procedimiento seguido por otros autores (Antoni et al., 2001; Urcuyo et al., 2005) llevamos a cabo un análisis factorial en el que forzamos una solución de un único factor. En este factor, que explicaba el 47,15% de la

varianza, todos los ítems de la escala alcanzaron saturaciones factoriales entre 0,60 y 0,79, tal como se puede ver en la Tabla 9.

Tabla 7. Resultados del análisis factorial exploratorio realizado con los ítems de la versión Española de la Escala de Encuentro de Beneficio (n=153).

ITEMS	F-1	F-2	F-3
1. Me ha llevado a una mayor aceptación de las cosas			0,82
2. Me ha enseñado cómo ajustarme a las cosas que no puedo cambiar			0,84
3. Me ha ayudado a tomarme las cosas como vienen			0,74
4. Me ha unido más a mi familia		0,73	
5. Me ha hecho más sensible a los temas familiares		0,78	
6. Me ha enseñado que todas las vidas tienen sentido		0,64	
7. Me ha mostrado que todo el mundo necesita ser querido		0,72	
8. Me ha hecho darme cuenta de la importancia de planificar el futuro de mi familia		0,65	
9. Me ha hecho estar más consciente y preocupado por el futuro de todos los seres humanos	0,56		
10. Me ha enseñado a ser paciente.	0,53		
11. Me ha llevado a afrontar mejor el estrés y los problemas	0,60		
12. Me ha llevado a conocer a personas que se han convertido en algunos de mis mejores amigos	0,76		
13. Ha contribuido a mi crecimiento emocional y espiritual en general	0,78		
14. Me ha ayudado a ser más consciente del cariño y apoyo que me dan otras personas		0,67	
15. Me ha ayudado a darme cuenta de quienes son mis verdaderos amigos	0,60		
16. Me ha ayudado a centrarme en las verdaderas prioridades, en el sentido que la vida tiene	0,62		
17. Me ha ayudado a convertirme en una persona más fuerte, más capaz de hacer frente con eficacia a los desafíos de la vida futura	0,67		
VALOR PROPIO	3,94	3,87	3,10
PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADO	23,21	22,74	18,22
PORCENTAJE DE VARIANZA ACUMULADO	23,21	45,95	64,17

Tabla 8. Correlaciones entre las diferentes puntuaciones de la versión Española de la Escala de Encuentro de Beneficio y coeficientes de fiabilidad de las subescalas (n=153)

	2	3	4
1. EB-Total	0,93***	0,88***	0,70***
2. EB –Crecimiento personal	0,89_a	0,70***	0,56***
3. EB –Familia		0,87_a	0,52***
4. EB – Aceptación			0,84_a

EB=Encuentro de Beneficio; _a=coeficientes α de las subescalas
 *** $p < 0,001$

Antes de proceder al estudio de la estabilidad temporal y la validez de criterio de la escala, calculamos las correlaciones de Pearson de las variables clínicas (METs y tiempo desde el diagnóstico) y sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estatus ocupacional y tipo de convivencia) con las subescalas derivadas de los factores de la EEB, que no se habían realizado previamente y que, por tanto, no han quedado incluidas en las Tablas 4 y 5 junto con las demás variables del estudio. De esta manera encontramos que la subescala de crecimiento personal no mantenía correlaciones significativas con ninguna de las variables clínicas y sociodemográficas consideradas en ninguno de los momentos temporales. Sin embargo, en el Tiempo 1, la subescala de familia mantenía correlaciones significativas con el tipo de convivencia (0,16, $p < 0,05$) y el nivel de estudios (-0,18, $p < 0,02$) y la subescala de aceptación correlacionaba significativamente con el nivel de estudios (-0,16, $p < 0,05$) y el tiempo desde el diagnóstico (-0,23, $p < 0,01$). Estas variables se incluyeron en los análisis posteriores con el fin de controlar su efecto.

Tabla 9. Resultados del análisis factorial exploratorio realizado con los ítems de la versión Española de la Escala de Encuentro de Beneficio con un único factor (n=153)

ITEMS	F-1
1. Me ha llevado a una mayor aceptación de las cosas	0,60
2. Me ha enseñado cómo ajustarme a las cosas que no puedo cambiar	0,66
3. Me ha ayudado a tomarme las cosas como vienen	0,64
4. Me ha unido más a mi familia	0,63
5. Me ha hecho más sensible a los temas familiares	0,68
6. Me ha enseñado que todas las vidas tienen sentido	0,79
7. Me ha mostrado que todo el mundo necesita ser querido	0,78
8. Me ha hecho darme cuenta de la importancia de planificar el futuro de mi familia	0,61
9. Me ha hecho estar más consciente y preocupado por el futuro de todos los seres humanos	0,74
10. Me ha enseñado a ser paciente.	0,77
11. Me ha llevado a afrontar mejor el estrés y los problemas	0,70
12. Me ha llevado a conocer a personas que se han convertido en algunos de mis mejores amigos	0,65
13. Ha contribuido a mi crecimiento emocional y espiritual en general	0,68
14. Me ha ayudado a ser más consciente del cariño y apoyo que me dan otras personas	0,65
15. Me ha ayudado a darme cuenta de quienes son mis verdaderos amigos	0,70
16. Me ha ayudado a centrarme en las verdaderas prioridades, en el sentido que la vida tiene	0,71
17. Me ha ayudado a convertirme en una persona más fuerte, más capaz de hacer frente con eficacia a los desafíos de la vida futura	0,75

Los estadísticos descriptivos de las distintas dimensiones de la EBB, así como los resultados de los análisis de varianza de medidas repetidas y las correlaciones test-retest

pueden verse en la Tabla 10. Los resultados indican que tanto el EB total como la subescala de crecimiento personal se incrementaron significativamente en el Tiempo 2 en comparación con el Tiempo 1. Esto significa que hubo cambios absolutos en estas dos variables. Sin embargo, dado que los coeficientes test-retest de la puntuación total y todas las subescalas fueron elevados y altamente significativos, implica elevada estabilidad relativa de las puntuaciones o, en términos psicométricos, alta fiabilidad entendida como estabilidad temporal.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos, correlaciones test-retest y resultados de los análisis de varianza (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) (n=96)

	Tiempo 1	Tiempo 2			
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>F (1,95)</i>	η^2_p	r_{T1-T2}
EB-Total	3,97 (1,16)	4,30 (1,01)	11,77***	0,11	0,64***
EB-Crecto. Personal	3,59 (1,39)	4,09 (1,14)	19,88***	0,18	0,66**
EB -Familia _a	4,42 (1,27)	4,59 (1,08)	0,41	0,00	0,57***
EB - Aceptación _b	4,08 (1,22)	4,27 (1,20)	0,14	0,00	0,35***

EB=Encuentro de Beneficio

_adespués de controlar el tipo de convivencia y el nivel de estudios; _bdespués de controlar el nivel de estudios y el tiempo desde el diagnóstico

***p<0,001

Con el fin de analizar la validez de criterio, y dado que se pretendía controlar el efecto de las variables sociodemográficas y clínicas, procedimos a calcular correlaciones parciales entre las distintas subescalas de la EEB y las medidas emocionales (afecto positivo y negativo, los síntomas depresivos) y los recursos psicosociales (autoeficacia, apoyo social y afrontamiento efectivo), quedando recogidas en la Tabla 11.

Tabla 11. Correlaciones parciales de las diferentes puntuaciones de la Escala de Encuentro de Beneficio con medidas de afecto y recursos psicosociales (n=153).

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Síntomas Depresivos	Afrontamiento Efectivo	Apoyo Social	Auto-eficacia
EB-Total	0,35 _a ***	0,03	0,02 _a	0,13 _a	0,18 _d *	0,24 _a **
EB-CP	0,36 _a ***	-0,02	-0,02 _a	0,13 _a	0,15 _d ^o	0,20 _a **
EB -Familia	0,22 _b **	0,08 _g	0,04 _g	0,07 _b	0,13 _e	0,21 _b **
EB -Acep.	0,32 _c ***	0,07 _h	-0,01 _d	0,21 _c *	0,16 _f	0,23 _c **

Notas: EB=Encuentro de Beneficio; EB-CP=Encuentro de Beneficio-Crecimiento Personal; Tipo de Convivencia (1=solo, 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo); Nivel Educativo (1=primaria, 2=secundaria, 3=superior)

_a después de controlar el estatus como trabajador; _bdespués de controlar el estatus como trabajador, el nivel de estudios y tipo de convivencia; _c después de controlar la edad, el estatus como trabajador y el tipo de convivencia; _d después de controlar el estatus como trabajador, el nivel de estudios y el tiempo desde el diagnóstico; _edespués de controlar la edad, el estatus como trabajador, el nivel de estudios y tipo de convivencia; _fdespués de controlar la edad, el estatus como trabajador, el nivel de estudios, el tipo de convivencia y el tiempo desde el diagnóstico; _g después de controlar tipo de convivencia y nivel de estudios; _hdespués de controlar nivel de estudios y tiempo desde el diagnóstico

^o p=0,07 * p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

Los resultados muestran que tanto la puntuación total en EB como las distintas dimensiones (crecimiento personal, familia y aceptación) correlacionaban de manera significativa y postiva con afecto positivo y autoeficacia, lo que implica que cuanto mayor es la puntuación en encuentro de beneficio (ya sea total o en sus dimensiones) mayor informe de afecto positivo y autoeficacia.

También se observaron relaciones positivas significativas entre la puntuación total de la escala de encuentro de beneficio y el apoyo social y entre el componente de aceptación con el afrontamiento efectivo, lo que significa que cuanto mayor es la puntuación total en la escala de encuentro de beneficio mayor es el apoyo social percibido y que a mayores puntuaciones en el componente de aceptación mayor es el afrontamiento efectivo reportado.

Dado que las correlaciones entre las tres subescalas de encuentro de beneficio son muy elevadas, la consistencia interna entre todos los ítems es ligeramente mayor en la escala total que en cada una de estas tres subescalas y el patrón de correlaciones que las subescalas mantienen con otros constructos es muy similar al que se encuentra cuando tenemos en cuenta la escala total, en los análisis posteriores, y con el fin de simplificar el número de los mismos, se empleará exclusivamente la puntuación total de encuentro de beneficio.

4.3. Análisis de las relaciones entre encuentro de beneficio, recursos psicosociales y bienestar emocional

Las correlaciones que mantiene encuentro de beneficio con las medidas de los diferentes recursos psicosociales analizados, así como con las relativas al bienestar emocional en el Tiempo 1 ya se han expuesto en el apartado anterior (ver Tabla 11). Las correlaciones entre los recursos psicosociales y las medidas de bienestar emocional en el Tiempo 1 quedan expuestas en la Tabla 12.

Tabla 12. Correlaciones parciales entre recursos psicosociales y medidas de bienestar emocional en el Tiempo 1 (n=153).

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Síntomas Depresivos
Afrontamiento efectivo	0,41 _b ***	0,07 _b	-0,03 _b
Apoyo social	0,33 _a ***	-0,24 _a **	-0,46 _a ***
Autoeficacia	0,51 _b ***	-0,22 _b **	-0,37 _b ***

Nota: Tipo de Convivencia (1=solo, 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo).

_a después de controlar la edad, el estatus como trabajador y el tipo de convivencia; _b después de controlar el estatus como trabajador.

** p<0,01 ***p<0,001

Los resultados que encontramos, al calcular las correlaciones parciales entre los recursos psicosociales y las medidas de bienestar emocional en el Tiempo 1 fueron que el afrontamiento efectivo mantenía una relación significativa y positiva únicamente con el afecto positivo. Los otros dos recursos psicosociales analizados (apoyo social y autoeficacia) mantuvieron relaciones significativas positivas con el afecto positivo y negativas con el afecto negativo y los síntomas depresivos. Lo que implica que a medida que se incrementa el afrontamiento efectivo, el apoyo social y la autoeficacia mayor informe de afecto positivo y menor de afecto negativo y síntomas depresivos.

Las correlaciones que el encuentro de beneficio y los recursos psicosociales mantenían con las medidas de bienestar emocional en el Tiempo 2 quedan recogidas en la Tabla 13.

Tabla 13. Correlaciones parciales de encuentro de beneficio y recursos psicosociales con medidas de bienestar emocional en el Tiempo 2 (n=96).

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Síntomas Depresivos
Encuentro de Beneficio	0,47 _a ***	-0,24 _d *	-0,12 _e
Afrontamiento efectivo	0,34 _b ***	-0,29 _b **	-0,34 _a ***
Apoyo social	0,30 _b ***	-0,45 _b ***	-0,61 _a ***
Autoeficacia	0,50 _c ***	-0,46 _c ***	-0,53 _f ***

Notas: Sexo (1=varón, 2=mujer); Tipo de Convivencia (1=solo, 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo).

_a después de controlar el sexo, el estatus como trabajador y los METs; _b después de controlar el estatus como trabajador y los METs; _c después de controlar la edad, el estatus como trabajador y los METs; _d después de controlar los METs; _e después de controlar el sexo y los METs; _f después de controlar el sexo, la edad, el estatus como trabajador y los METs.

* p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

Los resultados que encontramos, al calcular las correlaciones parciales entre el encuentro de beneficio y los recursos psicosociales con las medidas de bienestar emocional del Tiempo 2 fueron que el encuentro de beneficio mantenía una correlación significativa y positiva con el afecto positivo y negativa con el afecto negativo. Los diferentes recursos psicosociales analizados (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) mostraron correlaciones positivas y significativas con el afecto positivo y negativas con el afecto negativo y los síntomas depresivos. Lo que significa que tanto el encuentro de beneficio como los recursos psicosociales contribuyen ambos a incrementar el bienestar emocional de estos pacientes, en el Tiempo 2.

Por último, las correlaciones entre encuentro de beneficio y los diferentes recursos psicosociales evaluados en el Tiempo 2 pueden verse en la Tabla 14.

Tabla 14. Correlaciones parciales entre encuentro de beneficio y recursos psicosociales en el Tiempo 2 (n=96).

	Encuentro de Beneficio
Afrontamiento efectivo	0,24 _a *
Apoyo social	0,22 _a *
Autoeficacia	0,22 _b *

Notas: Tipo de Convivencia (1=solo, 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo); Nivel Educativo (1=primaria, 2=secundaria, 3=superior)

_a después de controlar el estatus como trabajador y los METs; _b después de controlar la edad, el estatus como trabajador y los METs.

* $p < 0,05$

Los resultados que encontramos, al calcular las correlaciones parciales entre el encuentro de beneficio y los recursos psicosociales (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) en el Tiempo 2 fueron que todos los recursos psicosociales correlacionaban de manera significativa y positiva con encuentro de beneficio. Lo que significa que según aumenta el encuentro de beneficio también lo hacen los recursos psicosociales.

4.4. Análisis de la contribución conjunta de encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia en el bienestar

En la Tabla 15 se muestran los resultados de los análisis de regresión realizados para predecir el afecto positivo a partir del encuentro de beneficio y los recursos psicosociales en el Tiempo 1.

Tabla 15. Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Positivo en el Tiempo 1 (n=153)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
<i>PASO 1</i>			$R^2=0,18$ $F(2,151)=16,00^{***}$
Estatus ocupacional	-0,24	-3,21**	
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,34	4,51***	
<i>PASO 2</i>			$R^2=0,44$ $F(5,148)=23,30^{***}$
Estatus ocupacional	-0,10	-1,63	
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,20	3,14**	
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 1	0,25	3,69***	
Apoyo Social-Tiempo 1	0,16	2,41*	
Autoeficacia-Tiempo 1	0,32	4,62***	
* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$			
Estatus ocupacional (1=en activo y 2=no activo)			

Los resultados muestran que, teniendo en cuenta conjuntamente tanto el encuentro de beneficio como los recursos psicosociales, todas las variables mantienen su capacidad para predecir el afecto positivo en el Tiempo 1. El estatus ocupacional no tuvo ninguna capacidad predictiva al analizarlo conjuntamente con el resto de variables psicológicas.

Los resultados del análisis de regresión para predecir el afecto negativo en el Tiempo 1 pueden verse en la Tabla 16.

Tabla 16. Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Negativo en el Tiempo 1 (n=153)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
<i>PASO 1</i>			$R^2=0,00$ $F(1,152)=0,42$
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,03	0,38	
<i>PASO 2</i>			$R^2=0,12$ $F(4,149)=4,92^{***}$
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,10	1,25	
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 1	0,18	2,12*	
Apoyo Social-Tiempo 1	-0,21	-2,54**	
Autoeficacia-Tiempo 1	-0,23	-2,64**	
*p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001			

Los resultados mostraron que las variables del Tiempo 1 que predecían el afecto negativo fueron el afrontamiento efectivo de forma positiva, y de manera inversa el apoyo social y la autoeficacia.

Los resultados del análisis de regresión para predecir los síntomas depresivos en el Tiempo 1 pueden verse en la Tabla 17.

Tabla 17. Resultados del análisis de regresión para predecir los Síntomas Depresivos en el Tiempo 1 (n=153)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
<i>PASO 1</i>			$R^2=0,05$ $F(2,151)=3,86^*$
Estatus ocupacional	0,22	2,78**	
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,01	0,18	
<i>PASO 2</i>			$R^2=0,35$ $F(5,148)=15,78^{***}$
Estatus ocupacional	-0,10	1,46	
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,14	1,98*	
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 1	0,12	1,74 ^o	
Apoyo Social-Tiempo 1	-0,44	-5,95***	
Autoeficacia-Tiempo 1	-0,29	-3,80***	

^o p=0,08 *p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001
Estatus ocupacional (1=en activo y 2=no activo)

Los resultados mostraron que las variables del Tiempo 1 que mantuvieron su significación, para predecir los síntomas depresivos fueron, de manera positiva, el encuentro de beneficio y de manera residual el afrontamiento efectivo, y de manera inversa, el apoyo social y la autoeficacia.

Los resultados de los análisis de regresión para predecir el afecto positivo en el Tiempo 2 pueden verse en la Tabla 18.

Tabla 18. Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Positivo en el Tiempo 2 (n=96)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
<i>PASO 1</i>			$R^2=0,66$ $F(5,91)=32,33^{***}$
Estatus ocupacional	-0,15	-2,20*	
Sexo	-0,12	-1,77 ^o	
METs-Tiempo 2	0,05	0,65	
Afecto Positivo-Tiempo 1	0,61	8,31***	
Encuentro de Beneficio-Tiempo 2	0,24	3,48***	
<i>PASO 2</i>			$R^2=0,71$ $F(8,88)=24,26^{***}$
Estatus ocupacional	-0,07	-1,12	
Sexo	-0,10	-1,56	
METs-Tiempo 2	0,02	0,28	
Afecto Positivo-Tiempo 1	0,52	7,19***	
Encuentro de Beneficio-Tiempo 2	0,20	3,12**	
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 2	0,01	0,19	
Apoyo Social-Tiempo 2	0,07	0,90	
Autoeficacia-Tiempo 2	0,21	2,67**	

^op=0,08 ** p<0,01 *** p<0,001
Estatus ocupacional (1=en activo y 2=no activo); Sexo (1=varón y 2=mujer)

Los resultados mostraron que, además del afecto positivo del Tiempo 1, las variables que significativa y positivamente predecían el afecto positivo del Tiempo 2 fueron el encuentro de beneficio y la autoeficacia del Tiempo 2.

Los resultados del análisis de regresión para predecir el afecto negativo, también en el Tiempo 2 pueden verse en la Tabla 19.

Tabla 19. Resultados del análisis de regresión para predecir el Afecto Negativo en el Tiempo 2 (n=96)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
<i>PASO 1</i>			$R^2=0,45$ $F(3,93)=23,10^{***}$
METs-Tiempo 2	-0,18	-2,25*	
Afecto Negativo-Tiempo 1	0,57	7,04***	
Encuentro de Beneficio-Tiempo 2	-0,25	-3,15**	
<i>PASO 2</i>			$R^2=0,52$ $F(6,90)=15,06^{***}$
METs-Tiempo 2	-0,11	-1,33	
Afecto Negativo-Tiempo 1	0,46	5,49***	
Encuentro de Beneficio-Tiempo 2	-0,17	-2,09*	
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 2	-0,05	-0,55	
Apoyo Social-Tiempo 2	-0,14	-1,40	
Autoeficacia-Tiempo 2	-0,20	-2,02*	

* $p<0,05$

*** $p<0,001$

Los resultados mostraron que, además del afecto negativo del Tiempo 1, las variables que significativa y negativamente predecían el afecto negativo del Tiempo 2 fueron el encuentro de beneficio y la autoeficacia del Tiempo 2.

Los resultados de los análisis de regresión para predecir los síntomas depresivos del Tiempo 2, pueden verse en la Tabla 20.

Los resultados mostraron que, además de los síntomas depresivos del Tiempo 1, sólo el sexo podía predecir los síntomas del Tiempo 2, señalando que las mujeres informan de más síntomas depresivos en el Tiempo 2.

Tabla 20. Resultados del análisis de regresión para predecir los Síntomas Depresivos en el Tiempo 2 (n=96)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
<i>PASO 1</i>			$R^2=0,74$ $F(4,92)=59,46^{***}$
METs-Tiempo 2	-0,08	-1,32	
Sexo	0,10	1,72 ^o	
Síntomas Depresivos-Tiempo 1	0,78	13,08 ^{***}	
Encuentro de Beneficio-Tiempo 2	-0,13	-2,29*	
<i>PASO 2</i>			$R^2=0,77$ $F(7,89)=37,73^{***}$
Sexo	0,12	2,05*	
METs	-0,05	-0,76	
Síntomas Depresivos-Tiempo 1	0,66	8,47 ^{***}	
Encuentro de Beneficio-Tiempo 2	-0,07	-1,14	
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 2	-0,10	-1,58	
Apoyo Social-Tiempo 2	-0,10	-1,25	
Autoeficacia-Tiempo 2	-0,07	-1,01	

^op=0,09 * p<0,05 *** p<0,001
Sexo (1=varón y 2=mujer)

Por último, en la Tabla 21, se adjunta un cuadro resumen con los resultados significativos o marginalmente significativos de los análisis de regresión realizados para predecir el bienestar emocional (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) a partir del encuentro de beneficio, los recursos psicosociales analizados (enfrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) y las variables sociodemográficas y clínicas que mantuvieron significación.

Tabla 21. Resumen de resultados significativos o marginalmente significativos de los análisis de regresión para predecir el Bienestar Emocional

Criterio→	Afecto Positivo		Afecto Negativo		Síntomas Depresivos	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Predictor↓						
Estatus ocupacional						
Sexo						*
METs T2						
Afecto Positivo T1		***				
Afecto Negativo T1				***		
Sínt. Depresivos T1						***
EB T1	**				*	
EB T2		**		*(-)		
Afront. efectivo T1	***		*		°	
Afront. efectivo T2						
Apoyo social T1	*		**(-)		***(-)	
Apoyo social T2						
Autoeficacia T1	***		**(-)		***(-)	
Autoeficacia T2		**		*(-)		
% Varianza						
Explicada	44	71	12	52	35	77

Notas: EB=Encuentro de beneficio; Afront.=afrentamiento; Sínt.=Síntomas; MET= Equivalente metabólico estándar; T1=Tiempo 1; T2=Tiempo 2

Sexo (1=varón, 2=mujer); Estatus ocupacional (1=en activo, 2=no activo)

Cuando no se indica signo, la asociación con el criterio es positiva; si se indica (-) la asociación con el criterio es negativa.

° 0,5<p<0,9 * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

4.5. Análisis sobre la dirección de las relaciones entre encuentro de beneficio, afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia

En la Tabla 22 se reflejan los resultados de los análisis de regresión realizados para predecir el encuentro de beneficio en el Tiempo 2. En los análisis se incluyeron como variables predictoras además de los recursos psicosociales (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) del Tiempo 1, el encuentro de beneficio de este tiempo para controlar su efecto.

Tabla 22. Resultados del análisis de regresión para predecir el Encuentro de Beneficio en el Tiempo 2 (n=96)

<i>Predictores</i>	β	t	Modelo
Encuentro de Beneficio-Tiempo1	0,63	7,39***	$R^2=0,43, F(4,92)=16,61***$
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 1	0,02	0,19	
Apoyo Social-Tiempo 1	0,11	1,31	
Autoeficacia-Tiempo 1	-0,01	-0,06	

*** $p < .001$

Los resultados mostraron que la única variable que predecía el encuentro de beneficio en el Tiempo 2 era el encuentro de beneficio del Tiempo 1. Lo cual implica que los recursos psicosociales analizados no predecían el encuentro de beneficio del Tiempo 2.

Los resultados de los diferentes análisis de regresión realizados para predecir los recursos psicosociales del Tiempo 2 (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) se recogen en la Tabla 23. En los análisis se incluyeron como variables predictoras el encuentro de beneficio, así como el recurso psicológico del que se tratara del Tiempo 1, además de las variables clínicas y psicosociales que habían mantenido correlaciones previas con los diferentes recursos psicosociales, con objeto de controlar su efecto.

Tal como se puede ver, los resultados mostraron que el encuentro de beneficio, evaluado en el Tiempo 1, sólo predecía el el afrontamiento efectivo del Tiempo 2.

Tabla 23. Resultados de los diferentes análisis de regresión para predecir el Afrontamiento Efectivo, el Apoyo Social y la Autoeficacia del Tiempo 2 (n=96)

	β	t	Modelo
<i>Variable Criterio: Afrontamiento Efectivo-T2</i>			
Afrontamiento Efectivo-Tiempo 1	0,18	1,81 ^o	R ² =0,22 F(4,92)=5,94***
Encuentro de Beneficio-Tiempo 1	0,19	1,96*	
METs-Tiempo 2	0,21	2,12*	
Estatus ocupacional	-0,21	-2,10*	
<i>Variable Criterio: Apoyo Social-T2</i>			
Apoyo Social-Tiempo 1	0,76	10,42***	R ² =0,65 F(5,91)=31,24***
Encuentro de Beneficio-Tiempo 1	0,01	0,15	
METs- Tiempo 2	-0,04	-0,54	
Estatus ocupacional	-0,12	-1.69 ⁺	
Tipo de convivencia	0,05	0,77	
<i>Variable Criterio: Autoeficacia-T2</i>			
Autoeficacia-Tiempo 1	0,69	9,53***	R ² =0,62 F(5,91)=26,79***
Encuentro de Beneficio-Tiempo 1	0,01	0,09	
METs- Tiempo 2	0,10	1,35	
Estatus Ocupacional	-0,15	-2,07*	
Edad	-0,03	-0,42	

^o p=0,07 ⁺ p=0,09 *p<.05 ***p<.001

Tipo de convivencia (1=solo y 2=acompañado); Estatus ocupacional (1=en activo y 2=no activo)

5. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron, por un lado, estudiar las propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio (EEB) en una muestra de pacientes que acababan de sufrir un primer evento cardiaco y, por otro, analizar las relaciones existentes entre el encuentro de beneficio, las diferentes medidas de bienestar emocional evaluadas (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) y los distintos recursos psicosociales medidos (afrentamiento efectivo, autoeficacia y apoyo social), así como la contribución conjunta del encuentro de beneficio y los recursos psicosociales (afrentamiento efectivo, autoeficacia y apoyo social) en el desarrollo del bienestar emocional (afecto positivo, afecto negativo y síntomas depresivos) de estos pacientes, después de controlar su capacidad funcional y variables sociodemográficas relevantes. Además, también queríamos estudiar la dirección de la relación mantenida entre los recursos psicosociales y el encuentro de beneficio.

5.1. Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio para pacientes cardiacos

En relación a las propiedades psicométricas de la EEB, nuestros resultados apoyan la hipótesis planteada, ya que, esperábamos que en este tipo de población la escala tuviera adecuada consistencia interna y estabilidad temporal, así como validez de criterio.

Tras el análisis factorial realizado con los ítems de la escala, encontramos una agrupación en tres factores, que en función de los ítems integrantes se denominaron crecimiento personal, familia y aceptación.

Nuestros datos concuerdan con los obtenidos por Rinaldis y colaboradores (2010) con una muestra de pacientes con cáncer, que encontraron los mismos tres factores, a los que denominaron aceptación, crecimiento personal y mejora de las relaciones

interpersonales. Sin embargo, tal como se ha señalado previamente, en otros estudios se han observado cinco factores (Wang et al., 2013; Wang et al., 2015), cuatro (Llewelyn et al., 2013; Lubszcynska et al., 2005) o solo uno (Pascoe y Edvardsson, 2015; Kangas et al., 2011; Urcuyo et al., 2005).

Aunque las tres subescalas obtenidas mostraban alta consistencia interna, los resultados discrepantes en relación al número de factores encontrados en diferentes estudios (Llewelyn et al., 2013; Lubszcynska et al., 2005; Wang et al., 2013; Wang et al., 2015), junto con las altas correlaciones que las tres subescalas mantenían tanto con la escala total como entre sí, parecen sugerir que considerar la escala como unidimensional puede ser más idóneo, tal como gran cantidad de estudios han entendido previamente (Pascoe y Edvardsson, 2015; Kangas et al., 2011; Urcuyo et al., 2005). En el análisis factorial en el que forzamos la obtención de una única dimensión se ha corroborado esta idea, dado que todos los ítems lograron saturaciones muy elevadas y se obtuvo una alta consistencia interna.

Cuando se ha empleado la escala como unidimensional, también se ha encontrado una alta consistencia interna en diferentes tipos de muestras, como pacientes con cáncer (Antoni et al., 2001; Dunn et al., 2011; Harrington et al., 2008; Kangas et al., 2011; Llewellyn et al., 2013; Pascoe y Edvardsson, 2015; Urcuyo et al., 2005), con parkinson (Mavandadi et al., 2014), con VIH (Littelwood et al., 2008), o en lesionados medulares (Kortte et al., 2010).

En cuanto a la estabilidad temporal, las correlaciones entre las puntuaciones del Tiempo 1 y el 2, trascurridas 8 semanas, para todas las subescalas y la escala total fueron elevadas y altamente significativas, lo que implica elevada estabilidad relativa de las

puntuaciones o, en términos psicométricos, alta fiabilidad test-retest. Antoni y colaboradores (2001) y Wang y colaboradores (2013) también encontraron una alta estabilidad temporal test-retest en la puntuación total de la escala, transcurridos nueve y un mes, respectivamente.

En relación a la validez de criterio, la escala total muestra capacidad para predecir sólo algunos de los criterios, puesto que mantiene correlaciones positivas con afecto positivo, apoyo social y autoeficacia, tal como estudios previos habían encontrado también (Lightsey et al., 2014; Luszczynska et al., 2005; Prati y Pietrantonio, 2009; Tedeschi y Calhoun, 2004; Ullman, 2014).

En relación a las estrategias de afrontamiento, nuestros datos sugieren que para que el encuentro de beneficio tenga un efecto en el afrontamiento efectivo tiene que ser más elevado de lo que era en el Tiempo 1. Según nuestros resultados el encuentro de beneficio se incrementó en el Tiempo 2, momento en el cuál si mantuvo una relación positiva con el afrontamiento afectivo, además de mantenerla con el apoyo social y la autoeficacia. Otros autores han observado también asociaciones entre encuentro de beneficio y afrontamiento efectivo (Hegelson et al., 2006; Pooley et al., 2013; Linley y Joseph, 2004; Prati y Pietrantonio, 2009; Senol-Durak y Ayvasik, 2010; Ullman, 2014; Yeung et al., 2015).

En lo referente a las medidas de las emociones negativas y, a diferencia de lo encontrado en la literatura científica (Hegelson et al., 2006), no observamos que existan correlaciones significativas entre el encuentro de beneficio y afecto negativo y síntomas depresivos. Respecto a esto, algunos autores han sugerido que aunque el encuentro de beneficio y el malestar pueden coexistir temporalmente, estos son procesos independientes,

dado que el encuentro de beneficio refleja un resultado positivo en sí mismo y no una mera reducción de malestar (Chaves et al., 2013).

A modo de resumen, podríamos señalar, por tanto, que dada la falta de consenso en la comunidad científica en relación al número de factores encontrados en diferentes estudios (Llewelyn et al., 2013; Lubszcynska et al., 2005; Wang et al., 2013; Wang et al., 2015) y puesto que tomando una única dimensión, los ítems muestran también una alta consistencia interna, sería mejor emplear la EEB como unidimensional. Además, también podemos señalar que la adaptación española para pacientes cardíacos se puede emplear con garantías, dado que tiene una alta consistencia interna, buena estabilidad temporal y permite predecir el afecto positivo y los recursos psicosociales analizados (apoyo social, autoeficacia y afrontamiento efectivo).

5.2. Relaciones entre encuentro de beneficio, recursos psicosociales y bienestar emocional

En lo referente a las relaciones entre encuentro de beneficio y bienestar emocional, esperábamos que el encuentro de beneficio se relacionara positivamente con afecto positivo y negativamente con afecto negativo y síntomas depresivos, tanto en el Tiempo 1 como en el 2.

Nuestros resultados muestran, después de controlar las variables clínicas y sociodemográficas pertinentes, que el encuentro de beneficio correlacionaba de manera significativa y positiva con afecto positivo, tanto para el Tiempo 1 como para el 2. Aunque para el Tiempo 1 no se encontraron correlaciones significativas negativas entre encuentro de beneficio y afecto negativo, en el Tiempo 2 la correlación entre estas variables sí alcanzó la significación. Los síntomas depresivos, sin embargo, no mantuvieron correlaciones

significativas con encuentro de beneficio en ninguno de los dos momentos temporales analizados.

Nuestros resultados concuerdan con los encontrados en otras investigaciones, donde se ha observado una relación positiva entre encuentro de beneficio y bienestar emocional (Affleck y Tennen, 1996; Bower et al., 2008; Pascoe y Edvardsson, 2013; Swayer et al., 2010; Thambyrajah et al., 2010). La ausencia de relaciones entre encuentro de beneficio y síntomas depresivos podría indicar que el encuentro de beneficio puede contribuir a incrementar el bienestar emocional, pero no necesariamente contribuiría a reducir la sintomatología depresiva, lo cual confirmaría algunas de las tesis mantenidas en la literatura científica que refieren que son procesos independientes, que a su vez, pueden coexistir en el tiempo (Chaves et al., 2013), tal como ya hemos señalado previamente.

Por otra parte, el hecho de que en el Tiempo 2 sí encontráramos significación entre el encuentro de beneficio y el afecto negativo, y dado que el encuentro de beneficio se incrementó en el Tiempo 2, podría indicar que es necesario un nivel mayor de encuentro de beneficio, que el obtenido en el Tiempo 1, para que éste se relacione de manera significativa con afecto negativo.

Aunque estudios previos han mostrado una relación inversa entre encuentro de beneficio y afecto negativo (Hegelson et al., 2006), también hay algún estudio empírico que no la ha encontrado (Schroevers, Kraaij y Garnefski, 2011).

Se necesitan, por tanto, más investigaciones longitudinales para dilucidar el vínculo existente entre afecto negativo y positivo y encuentro de beneficio, aunque según las diferentes investigaciones, parece que se necesitan puntuaciones altas en encuentro de beneficio para que este contribuya a reducir el malestar o afecto negativo. De igual modo, y

dado que según diferentes estudios se necesita cierto tiempo tras la ocurrencia del evento traumático para encontrar beneficios frente a la adversidad (Hegelson et al., 2006), el momento en que se evalúe el encuentro de beneficio tras la ocurrencia del suceso estresante podría condicionar dichas relaciones. Esto podría explicar las contradicciones encontradas en la literatura.

En lo referente a la relación entre los recursos psicosociales y el bienestar esperábamos que los diferentes recursos psicosociales evaluados (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) mantuvieran relaciones significativas positivas con el afecto positivo y negativas con el afecto negativo y los síntomas depresivos tanto en el Tiempo 1 como en el 2.

En este caso se confirma parcialmente la hipótesis, puesto que, después de controlar las variables clínicas y sociodemográficas correspondientes, los recursos evaluados (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) mostraron correlaciones positivas y significativas con el afecto positivo y negativas con el afecto negativo y los síntomas depresivos tanto en el Tiempo 1 como en el 2, salvo el afrontamiento efectivo del Tiempo 1 que sólo mantuvo relaciones significativas positivas con el afecto positivo.

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios en los que los diferentes recursos psicosociales expuestos previamente se han relacionado positivamente con mayores niveles de bienestar y una menor afectividad negativa (Steptoe et al., 2009). Concretamente, la relación entre el apoyo social y el bienestar ha sido ampliamente documentada en la literatura científica (Littelwood et al., 2008; Pascoe y Edvardsson, 2013; Prati y Pientranttoni, 2009; Ullman, 2014), encontrándose que el apoyo social percibido contribuye tanto a un mayor bienestar subjetivo ante situaciones de estrés (Bambara et al.,

2014; Marreiro y Carballeira, 2010; Matud et al., 2002; Pinquart y Sörensen, 2011), como a una menor sintomatología depresiva (Ren et al., 2015; Romero et al., 2015).

En pacientes cardiacos se ha encontrado que el apoyo social se constituye como una variable clave que tiene un efecto en el desarrollo y progresión de la enfermedad cardiaca, al influir en la reducción del malestar y sus síntomas asociados y contribuir a incrementar los niveles de bienestar, mejorando la experiencia de estrés y angustia (Murberg et al., 2002; Lett et al., 2005; Lett et al., 2007; Trivedi et al., 2009).

En relación a la autoeficacia, nuestros datos también concuerdan con los obtenidos por otros autores que han analizado el papel que tiene este recurso psicológico sobre el bienestar emocional en pacientes con enfermedades crónicas. En este sentido, la mayoría de investigadores consideran que un mayor nivel de autoeficacia producirá una mayor resistencia al estrés y una mayor capacidad de adaptación a las demandas del entorno y de ajuste a la experiencia de vivir con una enfermedad crónica (Bandura et al., 1999; Caprara et al., 2006). En relación a los pacientes cardiacos, se ha observado que la autoeficacia contribuye a incrementar los niveles de bienestar al tener un papel determinante en la disminución de conductas de riesgo asociadas a patología cardiaca y a incrementar los factores protectores, tales como la práctica de actividad física, entre otros (Steca et al., 2013).

De igual modo, el afrontamiento efectivo se ha asociado con un mayor bienestar (Carver y Connor-Smith, 2010; Duangdao y Roesch, 2008; Judge et al., 2005; Littleton et al., 2007; Stanton et al., 2006) y con una menor sintomatología depresiva y malestar (Vollman et al., 2007) en poblaciones médicas, tales como pacientes oncológicos o con

VIH. Resultados similares se han observado en pacientes cardiacos (Murberg et al., 2002; Vollman et al., 2007).

No obstante, señalamos que según nuestros resultados, el afrontamiento efectivo no mantiene relaciones significativas negativas con afecto negativo y síntomas depresivos en el Tiempo 1, pero sí las mantiene en el Tiempo 2. Esto indica que el afrontamiento efectivo no contribuye a reducir el malestar emocional en un primer momento, y parece sugerir, como han apuntado Lazarus y Folkman (1989), que tras la ocurrencia del evento traumático el uso de estrategias de afrontamiento efectivo no serían totalmente adecuadas para reducir el malestar, siendo, por contraposición, ciertas estrategias de evitación las que contribuirían a paliar el malestar emocional, al menos en las fases iniciales y cuando la situación no es controlable por la persona.

O bien, y como han sugerido otros autores (Bonanno y Burton, 2013; Chen et al., 2014; Folkman y Moskowitz, 2004) a que las estrategias de afrontamiento actúen como un proceso dinámico a través del cual, y como fruto de la interacción de la persona con el evento traumático, se vayan modificando de una manera flexible a lo largo del tiempo.

En lo referente a las relaciones entre encuentro de beneficio y los recursos psicosociales esperábamos que el encuentro de beneficio mantuviera relaciones positivas significativas con los recursos psicosociales analizados (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia).

Nuestros resultados confirman esta hipótesis, dado que encontramos, tras controlar las variables clínicas y sociodemográficas pertinentes, que el encuentro de beneficio correlacionaba de manera significativa y positiva con todos los recursos psicosociales analizados (apoyo social, autoeficacia y afrontamiento efectivo) en el Tiempo 2 y con todos

también en el Tiempo 1, excepto con afrontamiento efectivo. La ausencia de correlación entre el encuentro de beneficio y el afrontamiento efectivo en el Tiempo 1, pero no en el Tiempo 2, parece indicar, tal como hemos señalado previamente, que para que el encuentro de beneficio afecte al uso de un afrontamiento efectivo es necesario que aquel sea más elevado, lo que ha ocurrido en esta muestra en la que el encuentro de beneficio se incrementó en el Tiempo 2.

En otros estudios previos también se han encontrado relaciones positivas entre encuentro de beneficio y los recursos psicosociales analizados en diferentes muestras. Así, los estudios han mostrado relaciones significativas positivas entre el encuentro de beneficio y las estrategias de afrontamiento consideradas efectivas, tanto con las orientadas a la solución de problemas (Kesimci, Goral, y Gencoz, 2005; Linley y Joseph, 2004; Yeung et al., 2015; Widows et al., 2005), como con las de reestructuración cognitiva positiva (Hegelson et al., 2006; Kastenmüller et al., 2012; Linley y Joseph, 2004; Prati y Pietrantonio, 2009; Sears et al., 2003; Yeung et al., 2015; Widows et al., 2005). Además, se sabe que el repertorio de conductas de afrontamiento es más probable que se incremente después de enfrentarse a un evento traumático (Aldwin y Sutton, 1998). Parece, por tanto, que el encuentro de beneficio juega un papel considerable en la capacidad para afrontar la adversidad.

En pacientes cardíacos, a pesar de que no existen muchos estudios sobre el tema, también se han encontrado relaciones significativas positivas entre el encuentro de beneficio y las estrategias de afrontamiento efectivo arriba señaladas (Senol-Durak y Ayvasik, 2010; Sheikh, 2004). Esta relación es esperable, dado que uno de los componentes o dimensiones del encuentro de beneficio hace alusión a mejoras en la competencia

personal para afrontar la adversidad. En líneas generales, parece que las personas que perciben los acontecimientos negativos como retos o desafíos tienden a ser más abiertos al cambio (Bardi, Guerra y Ramdeny, 2009) y tienen más confianza para hacer frente a las adversidades de la vida (Folkman, 2008), lo cual, a su vez, podría contribuir a encontrar más beneficio tras la ocurrencia de eventos negativos. En este sentido, se ha observado que cuando las situaciones son percibidas como retos o desafíos, se desencadenan recursos de afrontamiento más adaptativos, los cuales favorecen el crecimiento postraumático, mientras que las situaciones que son percibidas como amenazantes o que superan los recursos disponibles para hacerlas frente, pueden desencadenar en deficiencias en los procesos de afrontamiento, magnificando la gravedad de posibles amenazas (Benight y Bandura, 2004), obstaculizándose, así, los procesos de crecimiento postraumático.

En relación al apoyo social, son muchos los investigadores que han encontrado relaciones positivas entre encuentro de beneficio y apoyo social (Patri y Pientrattoni, 2009; Tedeschi y Calhoun, 2004). De igual modo, la relación entre ambas variables es esperable, puesto que el encuentro de beneficio incluye un componente que refleja la importancia dada a las personas con las que uno puede contar en momentos difíciles.

El apoyo social impacta de manera diferencial en las diferentes fases tras la experimentación del evento traumático, así, parece que el apoyo social juega un papel crucial en las primeras fases tras la experimentación del trauma, y menos en las fases posteriores (Schwarzaer et al., 2006). De igual modo, puntuaciones altas en apoyo social podrían favorecer el encuentro de beneficio al ayudar a construir narrativas vitales alternativas y ofrecer nuevas perspectivas que contribuyan a la modificación de los esquemas disfuncionales y la construcción de otros nuevos, más adaptativos que ayuden a

integrar la nueva realidad devenida tras la ocurrencia de la situación traumática (Tedeschi y Calhoun, 2004; Ullman, 2014).

La autoeficacia y el encuentro de beneficio también se han relacionado en la literatura científica (Lightsey et al., 2014; Luszczynska et al., 2005). En este sentido, cabe destacar que el encuentro de beneficio recoge un componente de mejora de la percepción de uno mismo como más capaz de hacer frente a las situaciones adversas. Así, parece que las personas que tienen una mejor regulación conductual, planificación de objetivos y una mayor persistencia, tienen mayores posibilidades de desarrollar un proceso de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio frente a la adversidad (Lightsey et al., 2014).

5.3. Contribución conjunta de encuentro de beneficio y recursos psicosociales al bienestar emocional

Tomando conjuntamente tanto el encuentro de beneficio como los recursos psicosociales (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) esperábamos que estos contribuyeran de forma significativa y positiva al desarrollo de afecto positivo.

Nuestros resultados confirman parcialmente esta hipótesis dado que, tras controlar las variables clínicas y sociodemográficas, encontramos que el encuentro de beneficio y los recursos psicosociales tomados conjuntamente mantuvieron su capacidad para predecir el afecto positivo en el Tiempo 1. Sin embargo, en el Tiempo 2, sólo el encuentro de beneficio y la autoeficacia mostraron capacidad para predecir el afecto positivo, después de controlar tanto las variables sociodemográficas y clínicas como el afecto positivo del Tiempo 1.

Los resultados muestran que todos los recursos y el encuentro de beneficio parecen tener influencia en el afecto positivo del Tiempo 1, sin embargo, en el Tiempo 2, la autoeficacia y el encuentro de beneficio destacan como predictores más potentes, anulando el efecto del afrontamiento efectivo y el apoyo social sobre el afecto positivo.

Cabe reseñar, que al analizar conjuntamente todas las variables, los diferentes recursos psicosociales pierden su capacidad para predecir el afecto positivo en el Tiempo 2, excepto la autoeficacia. Esta, junto con el encuentro de beneficio, son las variables que mayor peso ejercen en el afecto positivo. A diferencia de lo que ocurría en el Tiempo 1 y cuando se analizaron por separado, que tanto los recursos psicosociales como el encuentro de beneficio contribuían a predecir el afecto positivo.

En relación al malestar, esperábamos que tomados conjuntamente tanto el encuentro de beneficio como los recursos psicosociales (enfrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) contribuirían de forma significativa y negativa al desarrollo de afecto negativo y síntomas depresivos.

Respecto al afecto negativo del Tiempo 1, tras controlar las variables clínicas y sociodemográficas, los resultados mostraron que analizando las variables de forma conjunta, apoyo social y autoeficacia eran predictores negativos, mientras que el enfrentamiento efectivo era un predictor positivo.

En relación a los síntomas depresivos, los resultados mostraron que las variables del Tiempo 1 que mantuvieron su significación cuando se analizaron de forma conjunta, fueron, de manera positiva, el encuentro de beneficio y el enfrentamiento efectivo (este sólo de manera residual) y de manera inversa, el apoyo social y la autoeficacia.

En este sentido, y como hemos comentado previamente, parece que el enfrentamiento efectivo no es muy adecuado en un primer momento, tras la ocurrencia del evento cardiaco, dado que se asocia con un mayor malestar emocional y síntomas depresivos. De igual modo, el encuentro de beneficio también se asocia con más síntomas negativos en el Tiempo 1. Esto puede deberse, como comentábamos previamente a que este no se ha

desarrollado totalmente, dado que parece ser necesario el transcurso del tiempo para que este se desencadene (Hegelson et al., 2006).

En el Tiempo 2, tras controlar tanto las variables clínicas y sociodemográficas como el afecto negativo del Tiempo 1, sólo el encuentro de beneficio y la autoeficacia eran predictores negativos del afecto negativo. Estos resultados son similares a los encontrados con afecto positivo. Parece, por tanto, que el Tiempo 2, cuando encuentro de beneficio es más elevado, este y la autoeficacia, son los que destacan en la predicción de más afecto positivo y menos negativo.

En relación a los síntomas depresivos del Tiempo 2, después de controlar aquellos del Tiempo 1, ni el encuentro de beneficio ni los recursos podían predecirlo y sólo el sexo podía hacerlo, indicando que las mujeres informaban de más síntomas depresivos que los varones.

Nuestros datos coinciden con la literatura científica sobre este tema, la cual pone de manifiesto que las mujeres son más proclives a experimentar depresión que los hombres (Calvo-Perxas, Vilalta-Franch, Turró-Garriga, López-Pousa y Garre-Olmo, 2016). Del mismo modo, se ha observado que la depresión también es más frecuente en mujeres con cardiopatía coronaria, que en hombres con esta misma patología (Naqvi, Naqvi, y Merz, 2005).

Se han hecho varias especulaciones con respecto a esta disparidad entre géneros. En general, se considera que las mujeres son dos veces más propensas a experimentar depresión por motivos tales como factores de estrés relacionados con el género, baja autoestima y diferencias en las estrategias de afrontamiento adoptadas (Kessler, 2005). La investigación más reciente reconoce que las diferencias de género son la consecuencia de la

interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Van de Velde, Bracke y Levecque, 2010). Además, se ha especulado que las mujeres son más propensas que los hombres a buscar ayuda y a reconocer los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 2001).

Sin embargo, y en relación a las variables psicológicas analizadas, los resultados que encontramos fueron que ninguna de estas variables, tomadas conjuntamente, podía predecir los síntomas depresivos.

Podemos concluir, por tanto, que al analizar conjuntamente todas las variables observamos que las únicas variables que mantienen su predicción sobre el bienestar emocional en el Tiempo 2, dado que contribuyen a incrementar el afecto positivo y reducir el negativo, son el encuentro de beneficio y la autoeficacia. No obstante, ninguno de los recursos psicosociales ni el encuentro de beneficio, tomados conjuntamente, son predictores de los síntomas depresivos.

En este sentido, como hemos comentado previamente en esta disertación, algunos autores han sugerido que aunque el encuentro de beneficio y el malestar pueden coexistir temporalmente, estos son procesos independientes, dado que el encuentro de beneficio refleja un resultado positivo en sí mismo y no una mera reducción de malestar y/o síntomas depresivos (Chaves et al., 2013).

En general, los estudios con pacientes cardíacos han revelado que la gravedad de los síntomas de su enfermedad tiene una influencia directa y positiva sobre la depresión. A este respecto, los datos empíricos revelan que los individuos que presentan una peor sintomatología cardíaca suelen tener puntuaciones más altas en depresión, en comparación con aquellos con sintomatología menos grave (Gravely-White et al., 2007; Ketterer et al., 2011).

Este abordaje metodológico constituye una aproximación más ecológica puesto que las personas cuentan con todo su bagaje psicológico cuando se enfrentan a situaciones vitales adversas, lo que nos permite intuir con más precisión que recursos psicosociales son más relevantes para predecir el bienestar emocional.

5.4. Dirección de las relaciones entre encuentro de beneficio y recursos psicosociales

Respecto a la dirección de las relaciones entre encuentro de beneficio y recursos psicosociales (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia), esperábamos encontrar que los recursos del Tiempo 1 predecirían el encuentro de beneficio del Tiempo 2.

Nuestros resultados no apoyan la hipótesis planteada, dado que los datos mostraron que los recursos psicosociales analizados no predecían el encuentro de beneficio del Tiempo 2, sino que fue el encuentro de beneficio del Tiempo 1 el que predecía el afrontamiento efectivo del Tiempo 2.

Analizar la dirección de la relación entre los recursos psicosociales y el encuentro de beneficio era una cuestión clave en nuestra investigación dado que no ha recibido mucha atención hasta ahora. Los resultados encontrados no coinciden con lo obtenido previamente en otros estudios, pero verdaderamente, en estos estudios previos, no se había puesto a prueba si el encuentro de beneficio podía ser el antecedente de los recursos psicosociales. En dichos estudios se había mostrado que la presencia de recursos psicosociales, tales como la autoeficacia, el apoyo social o las estrategias de afrontamiento, incrementan las probabilidades de encontrar beneficio frente a una situación adversa. Concretamente, Linley y Joseph (2004) encontraron que tanto el apoyo social como la autoeficacia eran precursores del encuentro de beneficio. Luszczynska y colaboradores (2005), Pakenham y colaboradores (2004) y Yung y colaboradores (2014) encontraron que el mayor predictor

era la autoeficacia, frente a Schultz y Mohamed (2004) quienes consideraban que el apoyo social era el mejor predictor de encuentro de beneficio.

En referencia a la relación entre encuentro de beneficio y apoyo social, son muchos los investigadores que han destacado el papel mediador de este en los procesos de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio, al considerarlo como un predictor de cambios positivos en las personas, tras la ocurrencia de un evento traumático (Luszczynska et al., 2005; Tedeschi y Calhoun, 2004).

El apoyo social, como comentábamos previamente, juega un papel crucial en las primeras fases tras la experimentación del trauma (Schwarzaer et al., 2006). De igual modo, puntuaciones altas en apoyo social percibido promueven el encuentro de beneficio al ayudar a construir narrativas vitales alternativas y ofrecer nuevas perspectivas que contribuyan a la modificación de los esquemas disfuncionales y/o la construcción de otros nuevos, más adaptativos (Tedeschi y Calhoun, 2004; Ullman, 2014).

La autoeficacia y el encuentro de beneficio también se han relacionado en la literatura científica. Como señalábamos previamente, se ha observado que las personas que tienen un mayor control de sus impulsos, una mejor regulación y planificación de objetivos y una mayor persistencia, tenían mayores posibilidades de desarrollar un proceso de crecimiento postraumático o encuentro de beneficio frente a la adversidad (Lightsey et al., 2014, Luszczynska et al., 2005).

De acuerdo con nuestros datos es el encuentro de beneficio el que predeciría la adopción de estrategias de afrontamiento efectivo. Destacamos que esta capacidad del encuentro de beneficio del Tiempo 1 para predecir las estrategias de afrontamiento del Tiempo 2 se ha dado a pesar de que no hubo cambios estadísticamente significativos del

Tiempo 1 al 2 en el afrontamiento, aunque sí ocurrió un cierto incremento en la capacidad de emplear un afrontamiento efectivo que no fue significativa. No obstante, parece que la capacidad para encontrar beneficio frente a una situación traumática facilitaría la adopción de estrategias orientadas a la resolución de problemas o de reconstrucción cognitiva positiva y no al revés. A este respecto, cabe destacar que algunos autores han considerado el encuentro de beneficio como un proceso de afrontamiento orientado a aceptar las situaciones que no pueden modificarse y a realizar una reinterpretación positiva de las mismas (Prati y Pietrantonio, 2009; Tennen y Affleck, 2009) y otros, como un proceso destinado a extraer significado de la experiencia traumática (Folkman, 2013).

Según nuestros resultados el encuentro de beneficio, entendido como un proceso cognitivo destinado a aceptar la realidad del evento traumático, desencadenaría un proceso de afrontamiento a través del cual las creencias o esquemas previos acerca de uno mismo y del mundo se modificarían de cara a construir nuevos esquemas más significativos y resistentes de cara al futuro, que además permitan dotar de sentido a lo ocurrido (Tedeschi y Calhoun, 2004), lo cual podría favorecer la adopción de estrategias de afrontamiento efectivas, como consecuencia del procesamiento cognitivo previo, concebidas estas no sólo como una reinterpretación positiva de lo ocurrido, sino como un proceso de aceptación de la situación vital adversa que englobaría dotar de significado a lo ocurrido.

5.5. Aportaciones y limitaciones del estudio

Como aportaciones de nuestro estudio destacamos, por un lado, que utilizamos una muestra clínica, lo cual nos ha permitido conocer la importancia que tiene la capacidad para encontrar beneficio en el desarrollo de bienestar emocional en pacientes con enfermedad

cardiaca. Por otra parte, la naturaleza longitudinal del estudio ha permitido establecer relaciones más precisas entre las variables analizadas.

Por otra parte, tuvimos en cuenta algunas medidas objetivas, como la capacidad funcional, la cual se sabe que ejerce un importante efecto en las variables psicológicas analizadas.

Además, otro aspecto valioso del estudio es que incluimos como covariantes en todo momento las variables clínicas (capacidad funcional y tiempo desde el diagnóstico) y sociodemográficas (sexo, nivel educativo, estatus ocupacional y tipo de convivencia) que mantenían una relación significativa con algunas de las variables analizadas, con objeto de controlar su efecto y evitar así que los resultados estuvieran sesgados por la influencia de estas variables.

De igual modo, hemos empleado una estrategia de análisis novedosa para el estudio de las relaciones entre variables, lo que nos ha permitido extraer nuevas conclusiones acerca del constructo de encuentro de beneficio y como este podría contribuir a la generación de recursos psicosociales y no únicamente al revés como habían encontrado diferentes estudios. Si bien, se requieren otros análisis confirmatorios con periodos temporales más prolongados, los resultados encontrados podrían sugerir la existencia de una relación bidireccional entre los recursos psicosociales y el encuentro de beneficio, relación que podría variar como consecuencia del transcurso del tiempo.

El presente estudio tiene algunas limitaciones que es necesario reseñar. Con respecto al diseño de estudio, cabe destacar que se empleó una muestra de conveniencia, es decir, sólo se contó con la presencia de pacientes cardiacos pertenecientes a un único

hospital. No obstante, consideramos que la muestra puede ser representativa por lo que los resultados pueden tener cierta capacidad de generalización. Aún así, sería recomendable replicar el diseño en otras muestras para confirmar los resultados.

Otra limitación fue el intervalo temporal utilizado en el diseño longitudinal, que fue de 8 semanas. Sería interesante poder replicar este diseño con periodos temporales más prolongados, que además de corroborar los resultados permitan dilucidar con mayor exactitud la relación entre las diferentes variables analizadas y confirmar si los resultados se mantienen o cambian en el largo plazo.

En cuanto a los instrumentos utilizados para medir las variables psicológicas en nuestro estudio todos fueron autoinformes, algunos de ellos retrospectivos, lo que puede dar lugar a sesgos de memoria y fallos en la incorporación del contexto, afectando a los resultados obtenidos. Por ejemplo, un estado afectivo negativo puede llevar a los sujetos a sobredimensionar la presencia de síntomas e infravalorar el uso de estrategias de afrontamiento efectivas. Por este motivo, algunas revisiones (Carver y Connor-Smith, 2010) han destacado la importancia de utilizar instrumentos complementarios al autoinforme como, por ejemplo, el informe de otras personas u observadores para minimizar este sesgo.

Los típicos sesgos de aquiescencia y deseabilidad social de los autoinformes pueden ser más probables en algunas de las medidas utilizadas, como la EBB o la versión reducida del COPE abreviado, dado que han sido recientemente adaptados para población española, y por lo tanto, todavía existen pocos estudios que analicen sus propiedades psicométricas. No obstante, y aunque se recomienda realizar más estudios tanto en población cardiaca, como

en otras muestras, cabe destacar que los recientes estudios realizados en población cardiaca muestran altos coeficientes de consistencia interna, alta estabilidad y una validez predictiva aceptable (Sanjuán y García-Zamora, 2013; Sanjuán, Magallares et al., 2016 y Sanjuán, Montalbetti et al., 2016).

Otra limitación que encontramos en nuestra investigación fue la infrarrepresentación de mujeres en nuestra muestra. A pesar de que la muestra refleja la realidad, dado que este trastorno afecta más a varones que a mujeres (Marrugat et al., 2001; Soofi y Yusef, 2015), y aunque se ha controlado el efecto del sexo en los análisis, el bajo número de mujeres no nos ha permitido hacer análisis diferenciales, los cuales nos hubieran permitido ver si varones y mujeres presentaban patrones distintos.

La superación de estas limitaciones permitiría, sin lugar a dudas, un análisis más exhaustivo y preciso de la relación entre encuentro de beneficio, bienestar y recursos psicosociales, que nos permitiría elaborar un modelo teórico explicativo en el que se identifique la capacidad predictiva de las variables estudiadas y la relación entre ambas.

A pesar de estas limitaciones, este estudio refleja que, independientemente del deterioro inicial y la posterior mejoría en la capacidad funcional de los pacientes cardiacos, su capacidad para obtener un beneficio de la experiencia de las enfermedades clave para su bienestar emocional.

5.6. Propuestas para investigaciones futuras

De cara a futuras investigaciones se recomienda replicar los resultados obtenidos con intervalos temporales mayores que proporcionen una mayor capacidad para predecir el impacto que tiene el transcurso del tiempo en la capacidad para encontrar beneficio. De

igual modo, permitiría analizar con mayor precisión la relación existente entre los recursos psicosociales y el encuentro de beneficio.

De igual modo, se propone realizar análisis factoriales confirmatorios en esta población médica, con objeto de superar las contradicciones encontradas en la literatura científica en relación al número de factores de la EBB. Esto permitiría analizar más pormenorizadamente la relación entre las dimensiones de encuentro de beneficio y los diferentes recursos psicosociales analizados, así como observar si requieren diferentes tiempos para desencadenarse.

También se recomienda, en aras a conocer más exhaustivamente los cambios cognitivos que se producen durante el proceso de encuentro de beneficio, completar las medidas de autoinforme con informes de entrevista, que nos proporcionarían información más cualitativa sobre el proceso de pensamiento que se lleva a cabo a raíz de la ocurrencia del evento traumático. Esto permitiría esclarecer que procesos cognitivos subyacen y desencadenan el encuentro de beneficio, lo cual facilitaría el diseño de intervenciones eficaces.

Proponemos, debido a la relación encontrada entre el encuentro de beneficio como predictor del afrontamiento efectivo, realizar estudios longitudinales que permitan corroborar los resultados encontrados y dilucidar el solape entre constructos.

De igual modo, de cara a profundizar en la validez de criterio del encuentro de beneficio, se recomienda seguir analizando las relaciones que mantiene con otros constructos afines, relacionados con el sentimiento de trascendencia y extracción de

significado, tales como la autocompasión, percepción de vulnerabilidad y la espiritualidad.

En este sentido, y de corroborarse los resultados de este estudio, nuestros datos permiten sugerir nuevas posibilidades de tratamiento clínico y de promoción del bienestar en poblaciones médicas, debido a las implicaciones que el encuentro de beneficio tiene en la mejora del bienestar subjetivo y en la adopción de recursos psicosociales. Es por esto que sería esencial seguir investigando en poblaciones clínicas e incluir indicadores biomédicos que permitan analizar también el impacto del bienestar en la salud física y en la mejora de la enfermedad cardíaca.

De lo ya apuntado, se puede inferir que las intervenciones dirigidas a incrementar el encuentro de beneficio podrían extenderse al ámbito de la promoción y la prevención, además de la intervención clínica.

Por otra parte, se recomienda adaptar las intervenciones al contexto específico en donde sean aplicadas y evaluar su eficacia utilizando diseños más estrictos para corroborar dicha eficacia. De igual modo, sería adecuado realizar un seguimiento eficaz de cara a obtener datos fiables sobre el impacto de las intervenciones, en el largo plazo.

6. CONCLUSIONES

Considerando los resultados obtenidos y discutidos anteriormente, y en respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en este estudio podemos establecer algunas conclusiones que pasamos a detallar.

Antes de exponer las conclusiones derivadas de nuestros objetivos, queremos señalar que los pacientes mejoraron su capacidad funcional en el Tiempo 2, lo que significa que el Programa de Rehabilitación Cardíaca fue efectivo, pues se implementa con este fin. De la misma manera, el encuentro de beneficio también se incrementó en el Tiempo 2, aunque dicho programa no incluye módulos específicos para este objetivo, ni la mejoría en la capacidad funcional haya tenido un efecto en el hecho de encontrar beneficio.

En relación a las propiedades psicométricas de la EBB para población cardíaca concluimos que esta tiene una alta fiabilidad en términos de consistencia interna, estabilidad temporal y validez de criterio, tanto si es utilizada unidimensionalmente como si atendemos a las diferentes dimensiones que la componen.

En nuestro análisis factorial encontramos la existencia de tres factores que denominamos: crecimiento personal, aceptación y mejora de las relaciones familiares. No obstante, debido a la falta de consenso en la comunidad científica, en relación al número de factores encontrados, concluimos que es mejor emplear la EBB como un constructo unidimensional, dado que, como comentábamos previamente la escala unidimensional también tiene una alta consistencia interna, y estabilidad temporal y permite predecir el afecto positivo y los recursos psicosociales analizados (apoyo social, autoeficacia y afrontamiento efectivo).

En lo referente a la relación entre encuentro de beneficio y bienestar emocional, encontramos una relación significativa y positiva entre encuentro de beneficio y afecto positivo y, negativa, entre encuentro de beneficio y afecto negativo, pero únicamente en el Tiempo 2. No obstante, el encuentro de beneficio no se relacionó con síntomas depresivos. Esto parece indicar, por un lado, dado que el encuentro de beneficio se incrementó también en el Tiempo 2, que es necesario un nivel mayor de encuentro de beneficio para que este contribuya a reducir el afecto negativo. Y por otro, que el encuentro de beneficio contribuye a incrementar el bienestar emocional, pero no necesariamente contribuye a reducir la sintomatología depresiva.

Respecto a la relación entre los recursos psicosociales y las medidas de bienestar emocional observamos que, tras controlar las variables clínicas y sociodemográficas, los diferentes recursos analizados (afrontamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia) mantuvieron relaciones significativas positivas con el afecto positivo y negativas con el afecto negativo y los síntomas depresivos, salvo el afrontamiento efectivo del Tiempo 1 que solo mantuvo relaciones significativas positivas con el afecto positivo.

Esto sugiere, que el afrontamiento efectivo no contribuye a reducir el malestar emocional, en los momentos iniciales tras la ocurrencia del evento cardíaco. Esto podría deberse, como han apuntado previamente otros autores (Lazarus y Folkman, 1989) a que en los momentos iniciales del trauma son las estrategias de evitación las que ayudarían a reducir el malestar experimentado frente a las estrategias de afrontamiento efectivo, las cuales no contribuyen a reducir el malestar en un primer momento, aunque sí en el largo plazo.

O bien, y como han sugerido otros investigadores, a que las estrategias de afrontamiento actúen como un proceso dinámico a través del cual, y como fruto de la interacción de la persona con el evento traumático, se vayan modificando de una manera flexible a lo largo del tiempo (Bonanno y Burton, 2013; Chen et al., 2014; Folkman y Moskowitz, 2004). Así y desde este prisma, el afrontamiento se entiende como un proceso dinámico y flexible en el que pueden coexistir emociones positivas y negativas en presencia de estresores intensos (Hegelson et al. 2006).

Además, como comentábamos previamente, parece que los procesos de afrontamiento que generan y sustentan las emociones positivas tienden a ser diferentes de aquellos procesos que regulan las emociones negativas.

En lo referente a las relaciones entre encuentro de beneficio y los recursos psicosociales, nuestros resultados muestran que el encuentro de beneficio mantiene una relación significativa y positiva con todos los recursos psicosociales analizados (apoyo social, autoeficacia y afrontamiento efectivo) excepto con afrontamiento efectivo del Tiempo 1. Estos resultados parecen sugerir que para que existan correlaciones significativas entre el afrontamiento efectivo y el encuentro de beneficio son necesarias puntuaciones más altas en encuentro de beneficio que las recogidas para el Tiempo 1.

En este sentido, esperábamos encontrar dichas relaciones, dado que el encuentro de beneficio, incluye componentes o dimensiones muy afines, conceptualmente hablando, a los recursos psicosociales analizados, dado que recoge mejoras en la competencia personal o autoeficacia, en las relaciones interpersonales o apoyo social y en la capacidad de hacer frente a las situaciones o afrontamiento.

Cuando realizamos una aproximación más ecológica analizando el encuentro de beneficio y los recursos psicológicos conjuntamente, dado que la persona se enfrenta a la adversidad con todo su bagaje personal de recursos, descubrimos que la autoeficacia y el encuentro de beneficio son los factores que más peso tienen a la hora de predecir, de manera positiva, el afecto positivo y de, manera inversa, el afecto negativo en el Tiempo 2, cuando ya está más lejano la ocurrencia del evento cardíaco y la capacidad funcional ha mejorado. No obstante, tomados conjuntamente, ninguno de los recursos psicosociales ni el encuentro de beneficio, predicen los síntomas depresivos en el Tiempo 2, siendo el sexo el que eclipsa al resto de variables psicológicas analizadas, indicando que las mujeres tienden a mostrar más síntomas.

Respecto a la dirección de las relaciones entre encuentro de beneficio y recursos psicosociales (afrentamiento efectivo, apoyo social y autoeficacia), encontramos que los recursos psicosociales analizados no predecían el encuentro de beneficio del Tiempo 2, sino que fue el encuentro de beneficio del Tiempo 1 el que predecía el afrontamiento efectivo del Tiempo 2. Cabe destacar, que si bien, nuestros datos no coinciden con la literatura científica sobre el tema, la cual considera que son los recursos psicosociales lo que predicen el encuentro de beneficio, nunca antes se había puesto a prueba si el encuentro de beneficio podía predecir los recursos psicosociales, a pesar de que, algunos autores han considerado el encuentro de beneficio como un proceso de afrontamiento orientando a aceptar las situaciones que no pueden modificarse y a realizar una reinterpretación positiva de las mismas (Prati y Pietrantonio, 2009; Tennen y Affleck, 2009) y otros, como un proceso destinado a extraer significado de la experiencia traumática (Folkman, 2013).

Según nuestros resultados el encuentro de beneficio, entendido como un proceso cognitivo destinado a aceptar la realidad del evento traumático, desencadenería un proceso de afrontamiento a través del cual las creencias o esquemas previos acerca de uno mismo y del mundo se modificarían de cara a construir nuevos esquemas más significativos y resistentes de cara al futuro, que además permitan dotar de sentido a lo ocurrido (Tedeschi y Calhoun, 2004), lo cual podría favorecer la adopción de estrategias de afrontamiento efectivas, como consecuencia del procesamiento cognitivo previo, concebidas estas no solo como una reinterpretación positiva de lo ocurrido, sino como un proceso de aceptación de la situación vital adversa que englobaría dotar de significado a lo ocurrido. Esto, a su vez, explicaría porque el afrontamiento efectivo se asocia con el malestar emocional en los momentos iniciales de la enfermedad, y porque es necesario cierto nivel de encuentro de beneficio para que el afrontamiento efectivo contribuya a incrementar el bienestar emocional.

REFERENCIAS

- Adams, J. P., Kaufman, A. V., y Dressler, W. W. (1989). Predictors of social isolation in older southern adults: A cross-racial analysis. *Journal of Applied Gerontology*, 8, 365-381. doi:10.1177/073346488900800307.
- Adler, N., y Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259. doi: 10.1146/annurev.ps.45.020194.001305.
- Affleck, G., y Tennen, H., (1996). Construing benefit from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality* 64, 899-922. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., y Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35. doi: 10.1037/0022-006X.55.1.29.
- Affleck, G., Tennen, H., y Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: the search for mastery, meaning, and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 653-656.
- Ai, A., Hall, D., Pargament, K., y Tice, T. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: The predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 186-198. doi:10.1007/s10865-012-9412-6.
- Amir, M., Roziner, I., Knoll, A., y Neufeld, M. Y. (1999). Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 40, 216-224.
- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. En E.J., Anthony y C. Koupernik, (Eds). *The child in his family: Children at psychiatric risk*. Oxford, England: John Wiley y Sons.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M... y Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32. doi:10.1037/0278-6133.20.1.20.
- Antonucci, T. C., y Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, 519-527. doi: 10.1093/geronj/42.5.519.
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K., Panagiotakos, D.B., Tsetis, D., Castanas, E., Shea, S., y Lionis, C. (2013). Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *Hormones*, 3, 386-396. Recuperado en: http://www.hormones.gr/pdf/HORMONES_2013--386.pdf.
- Aldwin, C.M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative approach*. New York, NY: Guilford.
- Aldwin, C. M., y Sutton, K. J. (1998). A developmental perspective on posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, and L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 43-64). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

- Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., y Rubin, R. R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27, 393-404. doi: 10.1177/014572170102700309.
- Ali, M.M., Dwyer, D.S., Vanner, E.A., y López, A. (2010). Adolescent propensity to engage in health risk behaviours: The role of individual resilience. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 7, 2161-2176. doi:10.3390/ijerph7052161.
- Allahverdipour, H., AsghariJafarabadi M., Heshmati, R. y Hashemiparast, M. (2013). Functional status, anxiety, cardiac self-efficacy, and health beliefs of patients with Coronary heart disease. *Health Promotion Perspectives*, 3, 217-229.
- Allen, K., Blascovich, J., y Mendes, W. B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: The truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727-739.
- Allen, M. T., Sherwood, A., Obrist, P. A., Crowell, M. D., y Grange, L. A. (1987). Stability of cardiovascular reactivity to laboratory stressors: a 212 year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 639-645. doi:10.1016/0022-3999(87)90043-2.
- Alonzo, A. A., y Reynolds, N. R. (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. *Social Science and Medicine*, 46, 1099-1110. doi:10.1016/S0277-9536(97)10040-5.
- Arnold, R., Ranchor, A.V., DeJongste, M.J.L., Köeter, G.H., Ten Hakien, N.H., Aalbers, R., y Sanderman, R. (2005). The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Behavioral Medicine*, 31, 107-115. doi: 10.3200/BMED.31.3.107-115.
- Arnold, S.V., Smolderen, K.G., Buchanan, D.M., Li, Y., y Spertus, J.A. (2012). Perceived stress in myocardial infarction: Long-term mortality and health status outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60, 1756-1763. doi:10.1016/j.jacc.2012.06.044.
- Aron, A., Aron, E. N., y Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612. doi:10.1037/0022-3514.63.4.596.
- Arrebola-Moreno, A. L. A., Imedio, R. G. R., Martínez, A. C., Alvarez, R. M. M., Moreno, R. M., y Hernández, J. A. R. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 111-119. doi:10.1016/S1697-2600(14)70044-4.
- Artinian, N. T., Fletcher, G. F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A. H. y Burke, L. E. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk reduction in adults. *Circulation*, 122, 406-441. doi:10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1.
- Artistico, D., Cervone, D., y Pezzuti, L. (2003). Perceived self-efficacy and everyday problem solving among young and older adults. *Psychology and Aging*, 18, 68-79. doi: 10.1037/0882-7974.18.1.68.
- Ashford, S., Edmunds, J., y French, D. P. (2010). What is the best way to change self efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with metaanalysis. *British Journal of Health Psychology*, 15, 265-288. doi: 10.1348/135910709X461752.
- Asher, C.C. (1984). The impact of social support networks on adult health. *Medical Care*, 22, 349-359. Recuperado en: <http://www.jstor.org/stable/3765037>.

- Ashida, S., y Heaney, C. A. (2008). Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *Journal of Aging and Health*, 20, 872-893. doi: 10.1177/0898264308324626.
- Aspinwall, L. G., y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436. doi: 10.1037/0033-2909.121.3.417.
- Bakker, E. C., Nijkamp, M. D., Sloot, C., Berndt, N. C., y Bolman, C. W. (2015). Intention to abstain from smoking among cardiac rehabilitation patients: The role of attitude, self-efficacy, and craving. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, 172-179. doi:10.1097/JCN.000000000000156.
- Bambara, J. K., Turner, A. P., Williams, R. M., y Haselkorn, J. K. (2014). Social support and depressive symptoms among caregivers of veterans with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 59, 230-235. doi:10.1037/a0036312.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31, 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., y Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and non opioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 563-571. doi:10.1037/0022-3514.53.3.563
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., y Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269. doi: 10.1037/0022-3514.76.2.258.
- Bandura, A., Taylor C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., y Barchas, J. D.(1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 53, 406-414. doi: 10.1037/0022-006X.53.3.406.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., y Debourdeaudhuij, I. (2002). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse y Neglect*, 27, 1377-1395. doi:10.1016/j.chiabu.2003.06.002.
- Bardi, A., Guerra, V. M. y Ramdeny, G. S. D. (2009). Openness and ambiguity intolerance: Their differential relations to well-being in the context of an academic life transition. *Personality and Individual Differences*, 47, 219-223. doi:10.1016/j.paid.2009.03.003.
- Barnard, L. K., y Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, and interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303. doi:10.1037/a0025754.
- Barth, J., Schneider, S., y von Kanel, R., (2010). Lack of social support in the etiology and prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 229-238. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d01611.
- Bartz, J.A., y Hollander, E. (2006). The neuroscience of affiliation: forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. *Hormones and Behavior*, 50, 518-528. doi:10.1016/j.yhbeh.2006.06.018.
- Batson, C.D. (1998). Altruism and prosocial behavior. In: D.T., Gilbert, S.T., Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of social psychology*, (pp. 282-316). McGraw-Hill: New York.

- Benight, C. C., y Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1129-1148. doi:10.1016/j.brat.2003.08.008.
- Benight, C. C., Swift, E., Sanger, J., Smith, A., y Zeppelin, D. (1999). Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology*, *29*, 2443-2464. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00120.x.
- Bennett, P., Lowe, R., Mayfield, T., y Morgan M. (1999). Coping, mood and behaviour following myocardial infarction: results of a pilot study. *Coronary Health Care*, *13*, 192-198. doi:10.1016/S1362-3265(99)80044-3.
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, *52*, 782-787. doi:10.1016/j.paid.2012.01.011.
- Ben-Zur, H., Rappaport, B., Ammar, R., y Uretzky, G. (2005) Coping strategies, lifestyle changes, and pessimism after open-heart surgery. *Social Work Diagnosis in Contemporary Practice*, *25*, 201-209.
- Bernard, J. D., Whittles, R. L., Kertz, S. J., y Burke, P. A. (2014). Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *7*, 11- 17. doi:10.1037/a0037331.
- Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 219-231. doi:10.1016/j.brat.2005.01.009.
- Berntsen, D., y Rubin, D. C., y Siegler, I.C. (2011). Two versions of life: emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, *11*, 1190-1201. doi: http:10.1037/a0024940.
- Birmingham, W., Uchino, B. N., Smith, T. W., Light, K. C., y Sanbonmatsu, D. M. (2009). Social ties and cardiovascular function: An examination of relationship positivity and negativity during stress. *International Journal of Psychophysiology*, *74*, 114-119. doi:10.1016/j.ijpsycho.2009.08.002.
- Bitsika, V., Sharpley, C.F., y Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *25*, 533-543. doi: 10.1007/s10882-013-9333-5.
- Blackledge, J.T., y Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 243-55. doi: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X.
- Blaine, B., y Crocker, J. (1995). Religiousness, race, and psychological well-being: Exploring social psychological mediators. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*, 1031-1041. doi:10.1177/01461672952110004.
- Blanchard, C., Arthur, H. M., y Gunn, E. (2015). Self-efficacy and outcome expectations in cardiac rehabilitation: Associations with women's physical activity. *Rehabilitation Psychology*, *60*, 59-66. doi:10.1037/rep0000024.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnson, M., Banks, P.J., y Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science y Medicine*, *53*, 1513-1524. doi:10.1016/S0277-9536(00)004408.

- Bloor, L.E., Uchino, B.N., Hicks, A., y Smith, T.W. (2004). Social relationships and physiological function: the effects of recalling social relationships on cardiovascular reactivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 29-38. doi: 10.1207/s15324796abm2801_5.
- Blum, M.R., Schmid, J.P., Eser, P., y Saner, H. (2013). Long-term results of a 12-week comprehensive ambulatory cardiac rehabilitation program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation y Prevention*, 33, 84-90. doi: 10.1097/HCR.0b013e3182779b88.
- Boals, A., y Schuettler, D. (2011). A double-edged sword: Event centrality, PTSD, and posttraumatic growth. *Applied Cognitive Psychology*, 25, 817-822. doi: 10.1002/acp.1753.
- Bock, B.C., Carmona-Barros, R.E., Esler, J.L., y Tilkemeier, P.L. (2003). Program participation and physical activity maintenance after cardiac rehabilitation. *Behavior Modification*, 27, 37-53. doi:10.1177/0145445502238692.
- Boehm, J. K., y Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138, 655-691. doi:10.1037/a0027448.
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M. y Kubzansky, L. (2011). A prospective study of positive psychological well-being and coronary heart disease. *Health Psychology*, 30, 259-267. doi:10.1037/a0023124.
- Boerner, K. (2004). Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role assimilative and accommodative coping. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54, 230-237. doi: 10.1093/geronb/59.1.P35.
- Boix, R., Aragonés, N., y Medrano, M. (2003). Tendencias en la mortalidad por cardiopatía isquémica en 50 provincias españolas. *Revista Española de Cardiología*, 56, 850-856.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
- Bonanno, G. A., y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 591-612. doi: 10.1177/1745691613504116.
- Bonanno, G. A., y Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 74-83. doi:10.1037/a0017829.
- Bonanno, G. A., Papa, A., y O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 193-206. doi:10.1016/S0962-1849(01)80014-7.
- Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R., y Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The perceived ability to cope with trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 117-129. doi: 10.1037/a0020921.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., y Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. ,..., y Randolph, M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164. doi:10.1037/0022-3514.83.5.1150.

- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods y Research*, 17, 303-316. doi: 10.1177/0049124189017003004.
- Bolger, N., y Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 458-475. doi: 10.1037/0022-3514.92.3.458.
- Bolger, N., y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.890.
- Booth-Kewley, S., y Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362. doi:10.1037/0033-2909.101.3.343.
- Boyratz, G., Waits, B.J., Felix, V.A., y Wines, D.D. (2016). Posttraumatic stress and physical health among adults: The role of coping mechanisms. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 21, 47-61. doi:10.1080/15325024.2014.965978.
- Bowen, K. S., Uchino, B.N., Birmingham, W., McKenzie, C., Smith, T.W., y Light, K.C. (2014). The stress-buffering effects of functional social support on ambulatory blood pressure. *Health Psychology*, 33, 11, 1440-1443. doi: 10.1037/hea0000005.supp.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., y 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. doi:10.1037/0022-006X.66.6.979.
- Bower, J.E., Low, C.A., Moskowitz, J., Sepah, S., y Epel, E. (2008). Benefit finding and physical health: Positive psychological changes and enhances allostasis. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 223-244. doi: 10.1111/j.1751-9004.2007.00038.x.
- Bradshaw, M., y Ellison, C. G. (2010). Financial hardship and psychological distress: Exploring the buffering effects of religion. *Social Science and Medicine*, 71, 196-204. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.015.
- Brady, B., Tucker, C., Alfino, P., Tarrant, D., y Finlayson, G. (1997). An investigation of factors associated with fluid adherence among haemodialysis patients: a self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 339-343. doi: 10.1007/BF02895151.
- Bray, S., Gyurcsik, N., Culos-Reed, S., Dawson, K., y Martin, K. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6, 425-434. doi: 10.1177/135910530100600405.
- Brehm, J. W., y Self, E. A. (1989). The intensity of motivation. *Annual Review of Psychology*, 40, 109-131. Recuperado en: <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/106>.
- Brewer, G., Robinson, S., Sumra, A., Tatsi, E., y Gire, N. (2015). The Influence of Religious Coping and Religious Social Support on Health Behaviour, Health Status and Health Attitudes in a British Christian Sample. *Journal of Religion and Health*, 54, 2225-2234. doi:10.1007/s10943-014-9966-4.
- Brickman, P., Coates, D., y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927. doi:10.1037/0022-3514.36.8.917.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Brouwers, C., Christensen, S.B., Damen, N.L., Denollet, J., Torp-Pedersen, C., Gislason, G.H., y Pedersen, S.S. (2015). Antidepressant use and risk for mortality in 121, heart failure patients with or without a diagnosis of clinical depression. *International Journal of Cardiology*, 203, 867-873. doi:10.1016/j.ijcard.2015.11.032.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B.,... y Mark, D.B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
- Brummett, B.H., Boyle, S.H., Kuhn, C.M., Siegler, I.C., y Williams, R.B. (2009). Positive affect is associated with cardiovascular reactivity, norepinephrine level, and morning rise in salivary cortisol. *Psychophysiology*, 46, 862-869. doi:10.1111/j.1469-8986.2009.00829.x.
- Brummett, B.H., Boyle, S.H., Siegler, I.C., Williams, R.B., Mark, D.B., y Barefoot, J.C. (2005). Ratings of positive and depressive emotion as predictors of mortality in coronary patients. *International Journal of Cardiology*, 100, 213-216. doi:10.1016/j.ijcard.2004.06.016.
- Buck, H.G, Vaughan, V.V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., y Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1714-1722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018.
- Burns, R. J., Deschênes, S. S., y Schmitz, N. (2016). Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses. *Health Psychology*, 35, 78-86. doi:10.1037/hea0000250.
- Cacioppo, J.T., y Hawkley, L.C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspective in Biology and Medicine*, 46, 39-52. doi: 10.1353/pbm.2003.0063.
- Campbell, A. (2008). Attachment, aggression and affiliation: the role of oxytocin in female social behavior. *Biological Psychology*, 77, 1-10. doi:10.1016/j.biopsycho.2007.09.001.
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. y Danhauer, S.C. (2010). A short form of the posttraumatic growth inventory. *Anxiety, Stress y Coping*, 23, 127-137. doi:10.1037/a0024204
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R.G., y McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religión, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521-527. doi:10.1023/A:1007745627077
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In *Posttraumatic growth and culturally competent practice*, pp. 1-14. Hoboken, NJ: John Wiley y Sons.
- Calhoun, L.G., y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. New Jersey: LEA
- Calhoun, L.G., y Tedeschi, R.G. (2000). Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth. En: J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning, (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp.135-152). Illinois: C.Thomas. Publisher, LD.

- Calvo, F., Díaz, D., Alonso, J., Alemán, S., y Ojeda, B. (2002). Factores psicosociales de riesgo en la enfermedad cardiovascular. En F. Calvo Francés (Ed.). *Investigaciones en Psicocardiología* (pp.221-239). Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas: Las Palmas de Gran Canaria.
- Calvó-Perxas, L., Vilalta-Franch, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S., y Garre-Olmo, J. (2016). Gender differences in depression and pain: A two year follow-up study of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Affective Disorders*, *193*, 157-164. doi:10.1016/j.jad.2015.12.034
- Caprara, G.V. (2009). Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning. *The European Health Psychologist*, *11*, 46-48.
- Caprara, G.V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z., y McWhinnie, C. M. (2010). Positive Orientation: Explorations of what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*, 63-71. doi: 10.1017/S1121189X00001615.
- Caprara, G. V., Steca, P., Gerbino, M., Paciello, M., y Vecchio, G. M. (2006). Looking for adolescents' well-being: Self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *15*, 30-43. doi: 10.1017/S1121189X00002013
- Carmody, J., y Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 23-33. doi: 10.1007/s10865-007-9130-7.
- Carney, R.M., Freedland, K.E., y Veith, R.C. (2005). Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, *67*, S29-S33.
- Carlisle, M., Uchino, B. N., Vaughn, A. A., Sanbonmatsu, D. M., Smith, T. W., Cribbet, M. R.,... y Vaughn, A.A. (2012). Subliminal activation of social ties moderates cardiovascular reactivity during stress. *Health Psychology*, *31*, 217-225. doi: 10.1037/a0025187.
- Carpeggiani, C., Emdin, M., Bonaguidi, F., Landi, P., Michelassi, C., Trivella, M. G., ... y L'Abbate, A. (2005). Personality traits and heart rate variability predict long-term cardiac mortality after myocardial infarction. *European Heart Journal*, *26*, 1612-1617. doi:10.1093/eurheartj/ehi252.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 92-100.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, *54*, 245-266. doi: 10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x.
- Carver, C.S. (2004). Negative affects deriving from the behavioural approach system. *Emotion*, *4*, 3-22. doi:10.1037/1528-3542.4.1.3.
- Carver, C.S., y Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, *23*, 595-598. doi: 10.1037/0278-6133.23.6.595.
- Carver, C.S., y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Carver, C.S., Scheier, J., y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267.

- Case, R. B., Moss, A. J., Case, N., McDermott, M., y Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: impact on prognosis. *Jama*, 267, 515-519. doi:10.1001/jama.1992.03480040063031.
- Castilla, C., y Vázquez, C. (2011). Stress-related symptoms and positive emotions after a myocardial infarction: a longitudinal analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. doi:10.3402/ejpt.v2i0.8082.
- Catalino, L. I., Algoe, S. B., y Fredrickson, B. L. (2014). Prioritizing positivity: An effective approach to pursuing happiness?. *Emotion*, 14, 1155-1161. doi:10.1037/a0038029.
- Chang, P.P., Ford, D.E., Meoni, L.A., Whang, N., y Klag, M.J. (2002). Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine*, 162, 901-906. doi:10.1001/archinte.162.8.901.
- Chao, R. C. L. (2011). Managing stress and maintaining wellbeing: Social support, problem focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counseling and Development*, 89, 338-348. doi: 10.1002/j.1556-6678.2011.tb00098.x.
- Chase, M. A., Magyar, T. M., y Drake, B. M. (2005). Fear of injury in gymnastics: Self-efficacy and psychological strategies to keep on tumbling. *Journal of Sports Sciences*, 23, 465-475. doi: 10.1080/02640410400021427.
- Chaves, C., Vazquez, C., y Hervás, G. (2013). Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study. *Terapia Psicológica*, 31, 59-68. Recuperado en:<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n1/art06.pdf>.
- Chen, Y.Y., Gilligan, S., Coups, E.J., y Contrada, R.J., (2005). Hostility and perceived social support: interactive effects on cardiovascular reactivity to laboratory stressors. *Annals of Behavioral Medicine* 29, 37-43. doi 10.1207/s15324796abm2901_6.
- Cheng, C., Lau, H.B., y Chan, M.S. (2014). Coping flexibility and psychosocial adjustment to stressful changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140, 1582-1608. doi: 10.1037/a0037913.
- Chiavarino, C., Rabellino, D., Ardito, R.B., Cavallero, E., Palumbo, L., Bergerone, S., Gaita, F., y Bara, B.G. (2012). Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 473-475. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.10.002.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550. Recuperado en: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7982>.
- Chida, Y., y Hamer, M. (2008). Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: a quantitative review of 30 years of investigations. *Psychological Bulletin*, 134, 829-885. doi:10.1037/a0016852.
- Chida, Y., y Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of American College of Cardiology*, 53, 936-46. doi:10.1016/j.jacc.2008.11.044.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J. y Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Science and Practice*, 6, 204-220. doi: 10.1093/clipsy.6.2.204.
- Chun, S., y Lee, Y. (2008). The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *Qualitative Health Research*, 18, 877-890. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x.

- Clark, N. M., y Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education and Behavior*, 26, 72-89. doi: 10.1177/109019819902600107.
- Clark, M.S., y Mills, J., (1979). Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 12-24. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.12.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., y Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368. doi:10.1037/a0015952.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676- 684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676.
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., y 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. doi: 10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W.J., Miller, G.E., Frank, E., Rabine, B.S., y Turner, R.B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 109, 5995-5999. doi: 10.1073/pnas.1118355109.
- Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113.
- Conway, A. M., Tugade, M. M., Catalino, L. I., y Fredrickson, B. L. (2013). The broaden-and-build theory of positive emotions: Form, function, and mechanisms. En S. David, I. Bodiwel y A. Conley Ayer. *The Oxford handbook of happiness*, (pp. 17-34). Oxford University Press: UK.
- Cordero, A., Galve, E., Bertomeu-Martínez, V., Bueno, H., Fácila, L., Alegría, E., Cequier, A., Ruiz, E., y González-Juanatey, J.R. (2015). Trends in risk factors and treatments in patients with stable ischemic heart disease seen at cardiology clinics between 2006 and 2014. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, *Corrected proof*. doi:10.1016/j.rec.2015.0.
- Costa, R.V., y Pakenham, K.I. (2012). Associations between benefit finding and adjustment outcomes in thyroid cancer. *Psychoonlogy*, 21, 737-744. doi: 10.1002/pon.1960.
- Craig, F.W., y Deichert, N.T., (2002). Can male-provided social support buffer the cardiovascular responsivity to stress in men? It depends on the nature of the support provided. *International Journal of Men's Health* 1, 105-118. Recuperado en: http://mensstudies.info/OJS/index.php/IJMH/article/viewFile/396/pdf_68.
- Creaven, A.M., y Hughes, B.M. (2012). Cardiovascular responses to mental activation of social support schemas. *International Journal of Psychophysiology*, 84, 113-119. doi:10.1016/j.ijpsycho.2012.01.018.

- Crocker, J., y Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: the role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 555. doi: 10.1037/0022-3514.95.3.555
- Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Alferi, S. M., Carver, C.S., y Kumar, M. (2000). Cognitive behavioural stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62, 304-308.
- Cutrona, C.E., y Russell, D.W., (1990). *Type of social support and specific stress: towards a theory of optimal matching*. In: Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R. (Eds.). *Social Support: An Interactional View*, pp. 319-366. New York: John Wiley and Sons.
- Cyders, M. A., y Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134, 807-828. doi:10.1037/a0013341.
- Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa.
- D'Angelo, M.S., Reid, R.D., y Pelletier, L.G. (2007). A model for exercise behavior change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29, 208-224. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Robert_Reid12/publication/6269224_A_model_for_exercise_behavior_change_regulation_in_patients_with_heart_disease/links/0f317533d8cfd44ad3000000.pdf.
- D'Angelo, M.S., Pelletier, L.G., Reid, R.D., y Huta, V. (2014). The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease. *Health Psychology*, 33, 1344-1353. doi: 10.1037/hea0000094.
- Danner, D., Snowdon, D., y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813. doi:10.1037/0022-3514.80.5.804.
- David, J. P., y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 265-294. doi: 10.1111/1467-6494.00056.
- Davidson, K. W., Gidron, Y., Mostofsky, E., y Trudeau, K. J. (2007). Hospitalization cost offset of a hostility intervention for coronary heart disease patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 657-662. doi:10.1037/0022-006X.75.4.657.
- Davidson, K., Macgregor, M. W., Stuhr, J., y Gidron, Y. (1999). Increasing constructive anger verbal behavior decreases resting blood pressure: A secondary analysis of a randomized controlled hostility intervention. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6, 268-278. doi: 10.1207/s15327558ijbm0603_5.
- Davidson, K.W., Mostofsky, E., y Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: Positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: the canadian nova scotia health survey. *European Heart Journal*, 31, 1065-1070. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehp603>.
- Davis, M. A. (2009). Understanding the relationship between mood and creativity: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108, 25-38. doi:10.1016/j.obhdp.2008.04.001.

- Davis, M. C., Matthews, K. A., y McGrath, C. E. (2000). Hostile attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 17-25.
- Davis, C.G., y Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *American Behavioral Scientist*, *44*, 726-741. doi:10.1177/00027640121956467.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 561-574. doi:10.1037/00223514.75.2.561.
- Dempster, M., Carney R., y McClements, R. (2010). Response shift in the assessment of quality of life among people attending cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, *15*, 307-319. doi: 10.1348/135910709X464443.
- Denollet, J., y Brutsaert, D. L. (2001). Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation*, *104*, 2018-2023. doi: 10.1161/hc4201.097940.
- Denollet, J., Freedland, K.E., Carney, R.M., de Jonge, P., y Roest, A.M. (2013). Cognitive-affective symptoms of depression after myocardial infarction: Different prognosis importance across age groups. *Psychosomatic Medicine*, *75*, 701-708. doi: 10.1097/PSY.0b013e31829dbd36.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dew, R. E., Daniel, S. S., Goldston, D. B., McCall, W. V., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., Triplet, M.F., y Koenig, H.G. (2010). A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, *120*, 149-157. doi:10.1016/j.jad.2009.04.029.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542-575. doi: 10.1007/978-90-481-2350-6_2.
- Diener, E. (1993). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, *31*, 103-157. doi: 10.1007/BF01207052.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*, 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34.
- Diener, E., y Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *3*, 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-305. Recuperado en: http://stat.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf.
- Dienstbier, R. A. (1989). Arousal and physiological toughness: implications for mental and physical health. *Psychological Review*, *96*, 84-100. doi: 10.1037/0033-295X.96.1.84.
- Dillon, K. M., Minchoff, B., y Baker, K. H. (1986). Positive emotional states and enhancement of the immune system. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *15*, 13-18. doi: 10.2190/R7FD-URN9-PQ7F-A6J7.
- Dragu, R., Huri, S., Zuckerman, R., Suleiman, M., Mutlak, D., Agmon, Y., Kapeliovich, M., Beyar, R., Markiewicz, W., Hammerman, H., y Aronson, D. (2008). Predictive value of white blood cell subtypes for long-term outcome following myocardial infarction. *Atherosclerosis*, *196*, 405-412. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2006.11.022.

- Drolet, G., Dumont, E.C., Gosselin, I., Kinkead, R., Laforest, S., y Trotteir, J.F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 729-741. doi:10.1016/S0278-5846(01)00161-0.
- Duangdao, K. M., y Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 291-300. doi:10.1007/s10865-008-9155-6.
- Dubois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., y Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 195, 265-280. doi:10.1016/j.ijcard.2015.05.121.
- Dunn, J., Occhipinti, S., Campbell, A., Ferguson, M., y Chambers, S.K. (2011). Benefit finding after cancer. The role of optimism, intrusive thinking and social environment. *Journal of Health Psychology* 16, 168-177. doi: 10.1177/1359105310371555.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York:Springer.
- Ebata, A.T., y Moos, R.H. (1994). Personal, situational and contextual correlatos of doping in adolescence. *Journal of Research in Adolescence*, 4, 99-125. doi: 10.1207/s15327795jra0401_6.
- Ebstrup, J. F., Eplov, L. F., Pisinger, C., y Jørgensen, T. (2011). Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?. *Anxiety, Stress y Coping*, 24, 407-419. doi: 10.1080/10615806.2010.540012.
- Edelmann, F., Gelbrich, G., y Dungen, H.D., Fröhling, S., Wachter, R.,..., y Pieske, B. (2011). Exercise training improves exercise capacity and diastolic function in patients with heart failure with preserved ejection fraction: results of the Ex-DHF (Exercise training in Diastolic Heart Failure) pilot study. *Journal of the American College of Cardiology*, 58, 1780-1791. doi:10.1016/j.jacc.2011.06.054.
- Eid, M., y Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: inter- and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 869-885. doi:10.1037/0022-3514.81.5.869.
- Eisenberg, S. A., Shen, B. J., Schwarz, E. R., y Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 253-261.
- Eng, P.M., Rimm, E.B., Fitzmaurice, G., y Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155, 700-709. doi: 10.1093/aje/155.8.700.
- Enright, R. D., y Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ernsting, A., Knoll, N., Schneider, M., y Schwarzer, R. (2015). The enabling effect of social support on vaccination uptake via self-efficacy and planning. *Psychology, Health and Medicine*, 20, 239-246. doi:10.1080/13548506.2014.920957.
- Elliot, A.J., y Thrash, T.M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804-818. doi:10.1037/0022-3514.82.5.804.

- Epel, E.S., McEwen, B.S., y Ickovics, J.R. (1998). Embodying psychological thriving: physical thriving in response to stress. *Journal of Social Issues*, 54, 301-322. Recuperado en: http://www.elissaepel.com/pdfs/Epel_et_al_1998.pdf.
- Farley, R. L., Wade, T. D., y Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 205-212. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00060-4
- Fava, G.A., y Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x.
- Fergus, S., y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357.
- Ferguson, M. J., y Bargh, J. A. (2004). How social perception can automatically influence behavior. *Trends in Cognitive Sciences and well-being in late life*. Cambridge, pp. 33-39. UK: Cambridge University Press.
- Ferraro, K.F., y Kim, S. (2014). Health benefits of religion among Black and White older adults? Race, religiosity, and C-reactive protein. *Social Science and Medicine*, 120, 92-99. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.030.
- Ferreira-González, I. (2014), Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*, 67, 139-144. doi:10.1016/j.recesp.2013.10.003
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress y Coping*, 21, 3-14. doi: 10.1080/10615800701740457.
- Folkman, S. (2013). Stress, coping, and hope. En B.L. Carr y J. Steel, (Eds). *Psychological aspects of cancer*. (pp. 119-127). Springer: USA. doi: 10.1007/978-1-4614-4866-2_8.
- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150.
- Folkman, S., y Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456.
- Fordyce, M.W. (1988). A review of research on the happiness measures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20, 355-381. doi: 10.1007/BF00302333.
- Forgeard, M. J. C. (2013). Perceiving benefits after adversity: The relationship between self-reported posttraumatic growth and creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts*, 7, 245-264. doi:10.1037/a0031223.
- Foster, D.W., Quist, M.C., Young, C.M., Bryan, J.L., Nguyen, M.L. y Neighbors, C. (2013). Benefit finding as moderator of the relationship between spirituality/religiosity and drinking. *Addictive Behaviors*, 38, 2647-2652.
- Franks, H.M., y Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A metaanalysis. *Psycho-Oncology*, 15, 1027-1037. doi: 10.1002/pon.1043.
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Madrid: Herder.
- Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M., y Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 19-30. doi:10.1037/0022-006X.72.1.19.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychologist*, 2, 300-319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300.

- 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. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Fredrickson, B. L., y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, *13*, 172-175. doi: 10.1111/1467-9280.00431
- Fredrickson, B.L., y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, *12*, 191-220. doi:10.1080/026999398379718.
- Fredrickson, B.L., y Tugade, M.M. (2003). What good are positive emotions in crises?. prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the USA on september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 365-427. Recuperado de: <http://scholar.google.es/citations?user=mVTIeP0AAAAAJ&hl=es&oi=sra>.
- Fritz, J., Edlinger, M., Kelleher, C., Strohmaier, S., y Nagel, G., Concin, H., Ruttman, E., Hochleitner, M., y Ulmer, H. (2015). Mediation analysis of the relationship between sex, cardiovascular risk factors and mortality from coronary heart disease: Findings from the population-based VHM&PP cohort. *Atherosclerosis*, *243*, 86-92. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2015.08.048.
- Fromm, K., Andrykowski, M.A., y Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, *19*, 221-240. doi:10.1007/BF01857767.
- Fry, P.S., y Keyes, C.L.M. (2010). *New frontiers in resilient aging: Life-strengths and well-being in late life*. Cambridge University Press.
- Frydenberg, E. (1994). Adolescent concerns: The concomitants of coping. *Australian Journal of Educational and Development Psychology*, *4*, 1-11.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11th attacks in Manhattan, New York City. *New England Journal of Medicine*, *346*, 982-987. doi: 10.1056/NEJMsa013404.
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of orthopsychiatry*, *41*, 101-116. doi:10.1111/j.1939-0025.1971.tb01111.x.
- Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, *34*, 416-430. doi: 10.1177/0002764291034004003.
- George, L.K., Kinghorn, W.A., Koenig, H.G., Gammon, P., y Blazer, D.G. (2013). Whygerontologists should care about empirical research on religion and health: transdisciplinary perspectives. *Gerontologist*, *53*, 898-906. doi: 10.1093/geront/gnt002.
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update*. Boston: Allyn y Bacon.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R., y Pickering, T.G. (1992). Social support in social interaction: a moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine* *54*, 324-336.
- Gerin, W., Zawadzki, M. J., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., Christenfeld, N. J. S., Campbell, T. S., y Smyth, J.M. (2012). Rumination as a mediator of chronic stress

- effectson hypertension: A causal model. *International Journal of Hypertension*, 45, 34-65. doi:10.1155/2012/453465.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Franchini, D., Palladino, M., Giucastro, G., Reali, N., ... y 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. doi:10.1016/S0167-8760(97)000718.
- Gidron, Y., Davidson, K., y Bata, I. (1999). The short-term effects of a hostility-reduction intervention on male coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 416-420. doi:10.1037/0278-6133.18.4.416.
- Gielen, S., Laughlin, M.H., O'Conner, C., y Duncker, D.J. (2014). Exercise Training in Patients with Heart Disease: Review of Beneficial Effects and Clinical Recommendations. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57, 347-355. doi:10.1016/j.pcad.2014.10.001.
- Gil, S., y Weinberg, M. (2015). Coping strategies and internal resources of dispositional optimism and mastery as predictors of traumatic exposure and of PTSD symptoms: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7, 405-411. doi:10.1037/tra0000032.
- Giltay, E.J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F.G., y Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166, 431-436. doi:10.1001/archinte.166.4.431.
- Glaser, R., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243-251. doi:10.1038/nri1571.
- Gleason, M.E., Iida, M., Shrout, P.E., y Bolger, N., (2008). Receiving support as a mixed blessing: evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 82-838. doi:10.1037/0022-3514.94.5.824.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., y Rodríguez, F. (2002). Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. *Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.*
- González de Rivera, J., Derogatis, L., De las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez Pulido, F., Henry Benítez, M., y Monterrey, A.L. (1989) *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population.* Towson: Clinical Psychometric Research.
- Gramer, M., y Reitbauer, C. (2010). The influence of social support on cardiovascular responses during stressor anticipation and active coping. *Biological Psychology*, 85, 268-274. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.07.013.
- Gramer, M., y Supp, N. (2014). Social support and prolonged cardiovascular reactivity: The moderating influence of relationship quality and type of support. *Biological Psychology*, 101, 1-8. doi:10.1016/j.biopsycho.2014.06.002.
- Grant, A. M., y Schwartz, B. (2011). Too much of a good thing the challenge and opportunity of the inverted U. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 61-76. doi: 10.1177/1745691610393523.
- Graven, L.J., y Grant, J. (2012). The impact of social support on depressive symptoms in individuals with heart failure: update and review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 429-443. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182578b9d.
- Gravelly-White, S., De Gucht, V., Heiser, W., Grace, S.L., y van Elderen, T. (2007). The impact of angina and cardiac history on health related quality of life and depression in

- coronary heart disease patients. *Chronic Illness*, 3, 66-76. doi: 10.1177/1742395307079192.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2137237>.
- Greenberg, J., Solomon, S., y Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. En M.P. Zanna (Ed). *Advances in experimental social psychology*, 29, (pp.61-139). Academic Press: San Diego, USA. doi:10.1016/S0065-2601(08)60016-7.
- Greenglass, E. R., y Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, 14, 29-39. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.29.
- Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., y Tedeschi, R. G. (2013). The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 477-483. doi:10.1037/a0028809.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa. Recuperado de: <http://cdjbu.ucuenca.edu.ec/ebooks/librosyrev/106307.pdf>.
- Gruber, J., Kogan, A., Quoidbach, J., y Mauss, I. B. (2013). Happiness is best kept stable: Positive emotion variability is associated with poorer psychological health. *Emotion*, 13, 1-6. doi:10.1037/a0030262.
- Gruber, J., Mauss, I. B., y Tamir, M. (2011). A dark side of happiness? How, when, and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 222-233. doi: 10.1177/1745691611406927.
- Grych, J., Hamby, S., y Banyard, V. (2015). The resilience portfolio model: Understanding healthy adaptation in victims of violence. *Psychology of Violence*, 5, 343-354. doi:10.1037/a0039671.
- Guasti, L., Dentali, F., Castiglioni, L., Maroni, L., Marino, F., Squizzato, A., Ageno, W., Gianni, M., Gaudio, G., Grandi, A.M., Cosentino, M., y Venco, A. (2011). Neutrophils and clinical outcomes in patients with acute coronary syndromes and or cardiac revascularization: A systematic review on more than 34,000 subjects. *Thrombosis and Haemostasis*, 106, 591-599. doi:10.1160/TH11-02-0096.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrocky, K.M., Steele, D., y Matheny, K.B. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27, 181-196. doi: 10.1080/036107301750074051.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., y Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology*, 25, 57-64. doi:10.1037/0278-6133.25.1.57.
- Harrington, S.M., McGurk, M., y Llewellyn, C.D. (2008). Positive consequences of head and neck cancer: key correlates of finding benefit. *Journal of Psychosocial Oncology* 26, 43-62. doi:10.1080/07347330802115848.
- Hatfield, E., Traupmann, J., Sprecher, S., Ume, M., y Hay, J., (1985). Equity and intimate relations: recent research. In: W. Ickes, (Ed.). *Compatible and Incompatible Relationships*, (pp. 91-118). Springer-Verlag: New York.

- Hatzigeorgiadis, A., Zourbanos, N., Goltsios, C., y Theodorakis, Y. (2008). Investigating the functions of self-talk: The effects of motivational self-talk on self-efficacy and performance in young tennis players. *The Sport Psychologist*, 22, 458-471.
- Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., y Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science and Medicine*, 72, 1482-1488. doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.016.
- Hegelson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 25-31. doi: 10.1023/A:1023509117524.
- Hegelson, V.S., Reynolds, K.A., y Tomich, P.L. (2006). A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797.
- Hemingway, H., y Marmot, M. (1999). Psychological factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Hendy, J., Lyons, E., y Breakwell, G. M. (2006). Genetic testing and the relationship between specific and general self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 11, 221-233. doi: 10.1348/135910705X52543.
- Heran, B.S., Chen, J.M.H., Ebrahim, S., Moxham, T., Oldridge, N., Rees, K.,...y Taylor, R.S. (2011). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001800.pub2. doi: 10.1002/14651858.
- Herbert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., y Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and wellbeing in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 537-545. doi:10.1089/jpm. 2008.0250.
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Buss, U., y Rüger, U. (2000). Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 455-462. doi:10.1016/S0022-3999(99)00086-0.
- Hijazi, A. M., Keith, J. A., y O'Brien, C. (2015). Predictors of posttraumatic growth in a multiwar sample of US Combat veterans. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 21, 395-408. doi:10.1037/pac0000077.
- Hilmert, C. J., Christenfeld, N., y Kulik, J. A. (2002). Audience status moderates the effects of social support and self-efficacy on cardiovascular reactivity during public speaking. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 122-131. doi:10.1207/S15324796ABM2402_09.
- Hobfoll, S. E., Palmieri, P. A., Johnson, R. J., Canetti-Nisim, D., Hall, B. J., y Galea, S. (2009). Trajectories of resilience, resistance, and distress during ongoing terrorism: The case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 138-148. doi:10.1037/a0014360.
- Hollon, S.D., y Garber, J. (1988). Cognitive therapy. En L.Y., Abramson (Ed). *Social Cognition and Clinical Psychology: A Synthesis*, (pp. 204-253). Guilford Press: New York, US.
- Holt-Lunstad, J., y Clark, B. (2014). Social stressors and cardiovascular response: Influence of ambivalent relationships and behavioral ambivalence. *International Journal of Psychophysiology*, 93, 381-389. doi:10.1016/j.ijpsycho.2014.05.014.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., y Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review, 7(7). *PLoS Med* 7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Smith, T. W., y Hicks, A. (2007). On the importance of relationship quality: The impact of ambivalence in friendships on cardiovascular functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 278-290. doi: 10.1007/BF02879910.
- Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., y Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 557-563. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01060.x.
- Horsten, M., Mittleman, M. A., Wamala, S. P., Schenck-Gustafsson, K., y Orth-Gomer, K. (2000). Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *European Heart Journal*, 21, 1072-1080. doi:10.1053/euhj.1999.2012.
- Horton, E. S. (1980). The role of exercise in the treatment of hypertension in obesity. *International Journal of Obesity*, 5, 165-171.
- Houben, M., Van Den Noortgate, W., y Kuppens, P. (2015). The Relation Between Short-Term Emotion Dynamics and Psychological Well-Being: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 901-930. doi: 10.1037/a0038822.
- House, J.S., Landis, K.R., y Umberson, D. (1988) Social relationships and health. *Science* 241, 540-545. doi:10.1126/science.3399889.
- Houston, B.K., y Kelly, K.E. (1989). Hostility in employed women. Relation to work and marital experiences, social support, stress, and anger expression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 15, 175-182. doi: 10.1177/0146167289152004.
- Howell, R.T., Kern, M.L., y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136. doi:10.1080/17437190701492486.
- Hwang, B., Moser, D.K., y Dracup, K. (2014). Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology*, 33, 588-596. doi:10.1037/a0033419.
- Ikonomidis, I., Stamatelopoulos, K., Lekakis, J., Vamvakou, G. D., y Kremastinos, D. T. (2008). Inflammatory and non-invasive vascular markers: the multimarker approach for risk stratification in coronary artery disease. *Atherosclerosis*, 199, 3-11. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2008.02.019.
- Ironson, G., Stuetzle, R., y Fletcher, M. A. (2006). An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 62-68. doi: doi/10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x/.
- Izawa, K. P., Watanabe, S., Omiya, K., Hirano, Y., Oka, K., Osada, N., y Iijima, S. (2005). Effect of the self-monitoring approach on exercise maintenance during cardiac rehabilitation: a randomized, controlled trial. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 313-321.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth: research and practice*, (pp. 81-99.). Erlbaum, Inc: Mahwah, NJ.

- Jalowiec, A., Grady, K.L., y White-Williams, C. (1994). Stressors in patients awaiting a heart transplant. *Behavioral Medicine*, *19*, 145-154. doi: 10.1080/08964289.1994.9935185.
- Jonker, A.A., Comijs, H.C., Knipscheer, K.C., y Deeg, D.J. (2009). The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *Journal of Aging and Health*, *21*, 1063-1082. doi: 10.1177/0898264309344682.
- Joseph, S. (2011). Religiosity and posttraumatic growth: a note concerning the problems of confounding in their measurement and the inclusion of religiosity within the definition of posttraumatic growth. *Mental Health, Religion y Culture*, *14*, 843-845. doi: 10.1080/13674676.2011.609162.
- Joseph, S., y Linley, P.A. (2006). *Positive therapy. A meta-theory for positive psychological practice*. New York: Routledge.
- Joseph, J. S., y Gray, M. J. (2011). The utility of measuring explanatory flexibility in PTSD research. *Cognitive Therapy and Research*, *35*, 372-380. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-010-9301-7>.
- Johnson, K. J., Waugh, C. E., y Fredrickson, B. L. (2010). Smile to see the forest: Facially expressed positive emotions broaden cognition. *Cognition and Emotion*, *24*, 299-321. doi: 10.1080/0269993090338466.
- Judge, T.A., Bono, J.E., Erez, A., y Locke, E.A. (2005). Core self-evaluations and job and life satisfaction: The role of self-concordance and goal attainment. *Journal of Applied Psychology*, *90*, 257. doi:10.1037/0021-9010.90.2.257.
- Kraaij, V., Pruyboom, E., y Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging and Mental Health*, *6*, 275-281. doi:10.1080/13607860220142387.
- Kahn, J.H., Hessling, R.M., y Russell, D.W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity?. *Personality and Individual Differences*, *35*, 5-17. doi:10.1016/S0191-8869(02)00135-6.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B., y Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, *52*, 42-58.
- Kamarck, T. W., Peterman, A. H., y Raynor, D. A. (1998). The effects of the social environment on stress-related cardiovascular activation: Current findings, prospects, and implications. *Annals of Behavioral Medicine*, *20*, 247-256. doi: 10.1007/BF02886374.
- Kangas, M., Williams, J.R., y Smee, R.I. (2011). Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: relations with psychosocial wellbeing. *Brain Impairment*, *12*, 105-116.
- Kanninen, K., Punamaki, R.L., y Quota, S. (2002). The relation of appraisals, coping efforts, and acuteness of trauma to PTG symptoms among former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, *15*, 245-253. doi: 10.1023/A:1015211529584.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., y Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, *15*, 47-58. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3763353>.
- Karademas, E.C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being. The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1281-1290. doi:10.1016/j.paid.2005.10.019.
- Karapolat, H., Eyigor, S., Durmaz, B., Yagdi, T., Nalbartgil, S., y Karakula, S. (2007). The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and

- functional capacity in heart transplant patients. *Clinical Research in Cardiology*, 96, 593-599. doi: 10.1007/s00392-007-0536-6.
- Kashdan, T.B., y Kane, J.Q. (2011): Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50, 84-89. doi:10.1016/j.paid.2010.08.028.
- Kashdan, T. B., y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001.
- Kastenmüller, A., Greitemeyer, T., Epp, D., Frey, D., y Fischer, P. (2012). Posttraumatic growth: Why do people grow from their trauma?. *Anxiety, Stress and Coping*, 25, 477-489. doi: 10.1080/10615806.2011.571770.
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 262-273. doi: 10.1037/a0027770.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., y Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of “benefit-finding” in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561-571. doi:10.1023/A:1012939310459
- Kesimci, A., Goral, F. S., y Gencoz, T. (2005). Determinants of stress-related growth: Gender, stressfulness of the event, and coping strategies. *Current Psychology*, 24, 68-75. doi: 10.1007/s12144-005-1005-x
- Keller, S. E., Shiflett, S. C., Schleifer, S. J., y Bartlett, J. A. (1994). Stress, immunity, and health. En G. Ronald, y J.K. Kiecolt-Glaser, (Eds). *Handbook of human stress and immunity*, (pp. 217-244). Academic Press: San Diego.
- Ketterer, M.W., Bekkouche, N.S., Goldberg, A.D., McMahon, R.P., y Krantz, D.S. (2011). Symptoms of anxiety and depression are correlates of angina pectoris by recent history and an ischemia-positive treadmill test in patients with documented coronary artery disease in the pimi study. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2011, 1-7. doi:10.1155/2011/134040.
- Kessler, R. C. (2005). Gender differences in major depression. In E.Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. American Psychiatric Press: Washington.
- Keyes, C., Shmotkin, D., y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Kiecolt-Glaser, J. K., Preacher, K. J., MacCallum, R. C., Atkinson, C., Malarkey, W. B., y 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.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135217
- Kim, H.S., Sherman, D.K., y Taylor, S.E. (2008). Culture and social support. *American Psychologist*, 63, 518-526. doi:10.1037/0003-066X
- Kim, S. D., Hollensbe, E. C., Schwoerer, C. E., y Halbesleben, J. R. (2015). Dynamics of a wellness program: A conservation of resources perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20, 62-71. doi: 10.1037/a0037675.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., y Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press Oxford, UK.

- Koenig, H., Pargament, K. I., y Nielsen, J. (1988). Religious coping and health status in medically ill hospitalised older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 513–521.
- Kortte, K. B., Gilbert, M., Gorman, P., y Wegener, S. T. (2010). Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55, 40-47. doi:10.1037/a0018624.
- Kotseva, K., De Bacquer, D., Jennings, C., Gyberg, V., De Backer, G., Cifkova, R., ..., y Wood, D. (2015). Adverse Lifestyle Trends Counter Improvements in Cardiovascular Risk Factor Management in Coronary Patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 66, 1634-1636. doi:10.1016/j.jacc.2015.07.061.
- Kovacs, A. H., Bandyopadhyay, M., Grace, S. L., Kentner, A. C., Nolan, R. P., Silversides, C. K., y Irvine, M. J. (2015). Adult congenital heart disease-coping and resilience (ACHD-CARE): Rationale and methodology of a pilot randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 45, 385-393. doi:10.1016/j.cct.2015.11.002.
- Krause, N. (2008). *Aging in the church: How social relationships affect health*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Krause, N., Ellison, C. G., Shaw, B. A., Marcum, J. P., y Boardman, J. D. (2001). Church-based social support and religious coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 637-656. doi: 10.1111/0021-8294.00082.
- Kremer, H., Ironson, G., y Porr, M. (2009). Spiritual and mind-body beliefs as barriers and motivators to HIV-treatment decision-making and medication adherence?. A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*, 23, 127-134. doi:10.1089/apc.2008.0131.
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S., y Horikawa, E. (2014). Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 524-533. doi: 10.1111/pcn.12159.
- Kubzansky, L. D., Koenen, K. C., Jones, C., y Eaton, W. W. (2009). A prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in women. *Health Psychology*, 28, 125-130. doi:10.1037/0278-6133.28.1.125.
- Kubzansky, L. D., Cole, S. R., Kawachi, I., Vokonas, P., y Sparrow, D. (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: a prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 21-29. doi: 10.1207/s15324796abm3101_5.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S. T., Vokonas, P. S., y Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95, 818-824. doi: 10.1161/01.CIR.95.4.818.
- Kubzansky, L. D., y Thurston, R. C. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease: benefits of healthy psychological functioning. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1393-1401. doi:10.1001/archpsyc.64.12.1393.
- Kupper, N., Denollet, J., Widdershoven, J., y Kop, W.J. (2015). Cardiovascular reactivity to mental stress and mortality in patients with heart failure. *JACC: Heart Failure*, 3, 373-382. doi:10.1016/j.jchf.2014.12.016.
- Laerum, E., Johnsen, N., Smith, P., y Larsen, S. (1987). Can myocardial infarction induce positive changes in family relationships?. *Family Practice*, 4, 302-305. doi: 10.1093/fampra/4.4.302.

- Lambert, N. M., Fincham, F. D., Stillman, T. F., y Dean, L. R. (2009). More gratitude, less materialism: The mediating role of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 4, 32-42. doi:10.1080/17439760802216311.
- Lara, M.E., Leader, J., y Klein, D.N. (1997). The association between social support and course of depression: is it confounded with personality?. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 478-482. doi:10.1037/0021-843X.106.3.478.
- Larsen, J. T., McGraw, A. P., y Cacioppo, J. T. (2001). Can people feel happy and sad at the same time?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 684-696. doi:10.1037/0022-3514.81.4.684.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834. doi:10.1037/0003-066X.46.8.819.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York:Springer Publi. Trad.al cast.: *Procesos cognitivos y estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Lavie, C. J., y Milani, R. V. (2005). Prevalence of hostility in young coronary artery disease patients and effects of cardiac rehabilitation and exercise training. *Mayo Clinic Proceedings*, 80, 335-342. doi:10.4065/80.3.335.
- Lechner, S. C., y Antoni, M. H. (2004). Posttraumatic growth and group-based interventions for persons dealing with cancer: What have we learned so far?. *Psychological Inquiry*, 15, 35-41.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., y Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828-840. doi:10.1037/0022-006X.74.5.828.
- Lechner, S. C., Stoelb, B. L., y Antoni, M. H. (2008). Group-based therapies for benefit finding in cancer. S.P. Joseph, y A. Linley (Eds). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on post-traumatic stress*, (pp.207-231). Wiley: New Jersey.
- Lehrer, P. M., y Gevirtz, R. (2014). Heart rate variability biofeedback: how and why does it work?. *Frontiers in Psychology*, 5: 756. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00756.
- Lepore, S.J., Allen, K.A., y Evan, G.W. (1993). Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. *Psychosomatic Medicine*, 55, 518-524.
- Lepore, S. J., y Revenson, T. A. (2006). Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration. En L. Calhoun y R.G. Tedeschi, (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, (pp.24-46). Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah NJ, US.
- Leon, A. S., Franklin, B. A., Costa, F., Balady, G. J., Berra, K. A., Stewart, K. J., ... y Lauer, M. S. (2005). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease an american heart association scientific statement from the council on clinical cardiology (subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention) and the council on nutrition, physical activity, and metabolism (subcommittee on physical activity), in collaboration with the american association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 111, 369-376. doi:10.1161/01.CIR.0000151788.08740.5C.

- Lett, H.S., Blumenthal, J.S., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C., y Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 869-878.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M.M., Mitchell, P., Jaffe, A. y Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology*, *26*, 418-427. doi:10.1037/0278-6133.26.4.418.
- Lett, H. S., Davidson, J., y Blumenthal, J. A. (2005). Nonpharmacologic treatments for depression in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 58-62.
- Leung, Y. W., Alter, D. A., Prior, P. L., Stewart, D. E., Irvine, J., y Grace, S. L. (2012). Posttraumatic growth in coronary artery disease outpatients: Relationship to degree of trauma and health service use. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*, 293-299. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.12.011.
- Levine, S.Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., y Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, *22*, 282-286. doi: 10.1002/jts.20409.
- Levenson, J.L., Kay, R., Monteferrante, R., y Herman, M. (1984). Denial predictors favorable outcome in inestable angina pectoris. *Psychosomatic Medicine*, *46*, 25-32.
- Llewellyn, C.D., Horney, J.D., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., y Smith H.E. (2013). Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology* *22*, 97-105. doi:10.1002/pon.2065.
- Lightsey, O. R., Boyraz, G., Ervin, A., Rarey, E. B., Gharibian Gharghani, G., y Maxwell, D. (2014). Generalized self-efficacy, positive cognitions, and negative cognitions as mediators of the relationship between conscientiousness and meaning in life. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *46*, 436-445. doi:10.1037/a0034022.
- Lin, I.M., Fan, S.Y., Lu, H.C., Lin, T.H., Chu, C.S., Kuo, H.F., Lee, C.S., y Lu, Y.H. (2015). Randomized controlled trial of heart rate variability biofeedback in cardiac autonomic and hostility among patients with coronary artery disease. *Behaviour Research and Therapy*, *70*, 38-46. doi:10.1016/j.brat.2015.05.001.
- Lin, I. M., Weng, C. Y., Lin, T. K., y Lin, C. L. (2015). The relationship between expressive/suppressive hostility behavior and autonomic nervous activations in coronary artery disease patients. *Acta Cardiologica Sinica*, *31*, 308-316. doi: 10.6515/ACS20141027B.
- Linden, W., Phillips, M.J., y Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, *28*, 2972-2984. doi: 10.1093/eurheartj/ehm504.
- Linehan, M. M., Bohus, M., y Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. En J.J. Gross, (Eds.) *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press: New York, US.
- Linley, P.A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 601-610. doi: 10.1023/B:JOTS.0000004086.64509.09.
- Linley, P. A., y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*, 11-21. doi: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e.

- Linley, P. A., y Joseph, S. (2005). The human capacity for growth through adversity. *American Psychologist*, *60*, 262-264. doi:10.1037/0003-066X.60.3.262b.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., y Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a metaanalysis. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 977-988. doi: 10.1002/jts.20276.
- Littelwood, R.A., Vanable, P.A., Carey, M.P., y Blair, D.C. (2008). The association of benefit finding to psychosocial and health behavior adaptation among HIV+ men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 145-155. doi: 10.1007/s10865-007-9142-3.
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach and avoidance motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, *41*, 273-284. doi:10.1016/j.paid.2005.11.032.
- Litman, J.A., y Lunsford, G.D. (2009). Frecuency of use and impact of coping strategies assessed by the COPE Inventory and their relationships to post-event health and well-being. *Journal of Health Psychology*, *14*, 982-991. doi: 10.1177/1359105309341207.
- Litwinczuk, K. M., y Groh, C. J. (2007). The relationship between spirituality, purpose in life, and wellbeing in HIV-Positive persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *18*, 13-22. doi:10.1016/j.jana.2007.03.004.
- Liu, J.C., Chang, L.Y., Wu, S. Y., y Tsai, P.S. (2015). Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *52*, 1846-1853. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.07.005.
- Liu, W., Li, Z., Ling, Y., y Cai, T. (2016). Core self-evaluations and coping styles as mediators between social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, *88*, 35-39. doi:10.1016/j.paid.2015.08.044.
- Lloyd-Jones, D. M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L. J., Van Horn, L., . . . y Rosamond, W. D. (2010). Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation*, *121*, 586-613. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192703.
- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las "escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, *23*, 529-548.
- Loprinzi, C.E., Prasad, K., Schroeder, D.R., y Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer*, *11*, 364-368. doi:10.1016/j.clbc.2011.06.008.
- Lorenz, M.L, Markus, H.S., Bots, M.L., Rosvall, M., y Sitzer, M. (2007). Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: A systematic review and metaanalysis. *Circulation*, *115*, 459-467, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.628875.
- Lorig, K. y Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*, 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
- Low, C.A., Stanton, A.L., y Bower, J.E. (2008). Effects of acceptance-oriented versus evaluative emotional processing on heart rate recovery and habituation. *Emotion*, *8*, 419-24. doi:10.1037/1528-3542.8.3.419.

- Low, C. A., Stanton, A. L., Thompson, N., Kwan, L., y Ganz, P. A. (2006). Contextual life stress and coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer survivorship. *Annals of Behavioral Medicine*, *32*, 235-244. doi:10.1207/s15324796abm3203.
- Lowe, B., Norman, P. y Bennett, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: concurrent and predictive associations. *British Journal of Health Psychology*, *5*, 337-350. doi: 10.1348/135910700168964.
- Lox, C. L., Martin, K. A., Petruzello, S. J., Lox, C., y Martin, K. (2004). The psychology of exercise: Integrating theory and practice. *Sport Psychologist*, *18*, 231-232.
- Lundberg, C. D. (2010). *Unifying the truths of the world's religions*. New Fairfield, CT: Heavenlight Press.
- Lung, F., Chen, N.C., y Shu, B. (2007). Genetic pathway of major depressive disorder in shortening telomeric length. *Psychiatric Genetics*, *17*, 195-199. doi: 10.1093/eurheartj/ehm504.
- Luszczynska, A., Benight, C. C., y Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: a systematic review. *European Psychologist*, *14*, 51-62. doi:10.1027/1016-9040.14.1.51.
- Luszczynska, A., Gibbons, F., Piko, B., y Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, *19*, 577-593. doi: 10.1080/0887044042000205844.
- Luszczynska, A., Mohamed, N.E., y Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, *10*, 365-375. doi: 10.1080/13548500500093738.
- Luszczynska, A., Sarkar, Y., y Knoll, N. (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*, *66*, 37-42. doi:10.1016/j.pec.2006.10.002.
- Luszczynska, A., y Sutton, S. (2006). Physical activity after cardiac rehabilitation: Evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers. *Rehabilitation Psychology*, *51*, 314-321. doi: 10.1037/0090-5550.51.4.314.
- Luthar, S.S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation*, (pp. 740-795). Wiley: New York.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The structure of resilience, a critic evaluation and guideline for future reports. *Child Development*, *71*, 543-562. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others?. The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, *56*, 239-249. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.239.
- Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad: *Un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona, España: Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*, *131*, 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131. doi: 10.1037/1089-2680.9.2.111.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., y DiMatteo, M.R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem. *Social Indicators Research*, 78, 363-404. doi:10.1007/s11205-005-0213-y.
- Magkos, F., Yannakoulia, M., Chan, J. L. y Mantzoros, C. S. (2009). Management of the metabolic syndrome and type 2 diabetes through lifestyle modification. *Annual Review of Nutrition*, 29, 223-256. doi:10.1146/annurev-nutr-080508-141200.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux, (Eds.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 45-59). Gedisa: Madrid.
- Marcus, B., Eaton, C., Rossi, J., y Harlow, L. (1994). Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 489-508. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb00595.x.
- Marreiro, R.J., y Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Marrugat, J., Elosúa R., y Martí H. (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Revista Española de Cardiología*, 55, 337-46. doi: 10.1016/S0300-8932(02)76611-6.
- Marrugat, J., Medrano, M.J., y Tresserras, R. (2001). La cardiopatía isquémica como causa principal de muerte en España: realidad epidemiológica, necesidades asistenciales y de investigación. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 13, Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-la-cardiopatia-isquemica-como-causa-13023640>.
- Martin, M. M., Staggars, S. M., y Anderson, C. M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28, 275-280. doi: 10.1080/08824096.2011.587555.
- Marsland, A.L., Prather, A.A., Petersen, K.L., Cohen, S., y Manuck, S.B. (2008). Antagonistic characteristics are positively associated with inflammatory markers independently of trait negative emotionality. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 753-761. doi:10.1016/j.bbi.2007.11.008.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930. doi: 10.1017/S0954579407000442.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 493-506. doi:10.1017/S0954579411000198.
- Masten, A. S., y Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. En D. Cicchetti y D.J., Cohen (Eds). *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder and adaptation. Wiley series on personality processes*, (pp.715-752). Jon Wiley and Sons: Oxford, England.

- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., y Reed, M. G. (2009). Resilience in Development. En S.J., Lopez, y C.R., Snyder (Eds.). *Oxford handbook of positive psychology*, (pp. 117-132). Oxford Library of Psychology:UK.
- Matthews, K.A. (1988). Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewelew and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, *104*,373. doi: 10.1037/0033-2909.104.3.373.
- Matthews, K.A., Owens, J.F., Kuller, L.H., Sutton-Tyrell, K., y Jansen-McWilliams, L. (1998). Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women?. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 633-638.
- Matud, M.P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, *25*, 32-37.
- Maunder, R.G., Nolan, R.P., Park, J.S., James, R., y Newton, G. (2015). Social support and the consequences of heart failure compared with other cardiac diseases: The contribution of support received within an attachment relationship. *Archives of Cardiovascular Diseases*, *108*, 437-445. doi:10.1016/j.acvd.2015.03.005.
- Mauss, I. B., Tamir, M., Anderson, C. L., y Savino, N. S. (2011). Can seeking happiness make people unhappy? Paradoxical effects of valuing happiness. *Emotion*, *11*, 807-815. doi:10.1037/a0022010.
- Mavandadi, S., Dobkin, R., Mamikonyan, E., Sayers, S., Ten Have, T., y Weintraub, D. (2014). Benefit finding and relationship quality in Parkinson's disease: A pilot dyadic analysis of husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, *28*, 728-734. doi:10.1037/a0037847
- Meyerowitz, B. E., Richardson, J., Hudson, S., y Leedham, B. (1998). Ethnicity and cancer outcomes: behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin*, *123*, 47-70. doi:10.1037/0033-2909.123.1.47.
- McAdams, D. P. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*, 109-125. doi: 10.1080/10720530500508720.
- McAuley, E., Talbot, H., y Martínez, S. (1999). Manipulating self-efficacy in the exercise environment in women: Influences on affective responses. *Health Psychology*, *18*, 288-294. doi:10.1037/0278-6133.18.3.288.
- McCullough, M. E., Pargament, K. I., y Thoresen, C. E. (2001). The psychology of forgiveness: History, conceptual issues, and overview. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, y C. E. Thoresen (Eds.). *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 1–16). Guilford Press: New York.
- McCullough, M. E., Bono, G., y Root, L. M. (2005). Religion and forgiveness. In R. F. Paloutzian y C. L. Park (Eds.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 394 – 411). Guilford Press: New York.
- McCullough, M. E., Root, L. M., y Cohen, A. D. (2006). Writing about the benefits of an interpersonal transgression facilitates forgiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 887-897. doi:10.1037/0022-006X.74.5.887.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1985). Openness to experience. *Perspectives in Personality*, *1*, 145-172.
- McFarland, C., y Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 327-343. doi: 10.1037/0022-3514.79.3.327.

- McGinnis, J.M., y Foege, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 270, 2207-2212. doi:10.1001/jama.1993.03510180077038.
- McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S.M., Blomberg, B.B., y Carver, C.S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 1-8. doi:10.106/S0022-3999(03)00036-9.
- McGuffey, L.B. (2001). Benefit finding, medication adherence, and cortisol as mediators of spirituality, religiousness, and immune status in HIV-seropositive gay and bisexual men. *Dissertation Abstracts International*, 62(5-B).
- McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B., y Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A metaanalysis. *Health Psychology*, 18, 520-531. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.520.
- McMillen, J.C., y Cook, C.L. (2003). The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*, 48, 77-85. doi:10.1037/0090-5550.48.2.77.
- Menotti, A., Puddu, P.E., Maiani, G., y Catasta, G. (2015). Lifestyle behaviour and lifetime incidence of heart diseases. *International Journal of Cardiology*, 201, 293-299. doi:10.1016/j.ijcard.2015.08.050.
- Metzl, E. S. (2009). The role of creative thinking in resilience after Hurricane Katrina. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 3, 112-123. doi: 10.1037/a0013479.
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Vanootighem, V., Lambert, F., Lahaye, M., Fillée, C., y de Timary, P. (2010). Cortisol awakening response (CAR)'s flexibility leads to larger and more consistent associations with psychological factors than CAR magnitude. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 752-757. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.11.003.
- Milam, J. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 817-827. doi:10.1037/0022-006X.74.5.817.
- Mitchell, M. M., Gallaway, M. S., Millikan, A. M., y Bell, M. R. (2013). Combat exposure, unit cohesion, and demographic characteristics of soldiers reporting posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 18, 383-395. doi:10.1080/15325024.2013.768847.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroups, D.F., y Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States. *The Journal of The American Medical Association*, 291, 1238-1254. doi:10.1001/jama.291.10.1238.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., M.Coebergh, J.W.W., y van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24, 583-595. doi:10.1080/08870440701671362.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult Form Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R.H., Brennan, P.L., Schutte, K.K., y Moos, B.S. (2006). Older adults' coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial/work stressors. *International Journal of Aging and Human Development*, 62, 39-59. doi: 10.2190/ENLH-WAA2-AX8J-WRT1.
- Moos, R.H., y Holahan, C.J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-403. doi: 10.1002/jclp.10229.

- Moser, D.K., Dracup, K., Evangelista, L.S., Zambroski, C., H., Lennie, T.A., Chung, M., L., Doering, L., V., Westlake, C., y Heo, S. (2010). Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39, 378-385. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.10.017.
- Moskowitz, J.T., Hult, J.R., Duncan, L.G., Cohn, M.A., Maurer, S., Busso-lari, C., y Acree, M. (2012). A positive affect intervention for people experiencing health-related stress: Development and non-randomized pilot test. *Journal of Health Psychology*, 17, 676-692. doi: 10.1177/1359105311425275.
- Murberg, T., Bru, E., y Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 775-784. doi:10.1016/S0191-8869(01)00081-2.
- Myers, F., Mc Collam, A., y Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing Mental Health Inequalities in Scotland*. Equalminds. Edinburgh: Scottish Executive. Scottish Development Centre for Mental Health.
- Nabi, H., Kivimaki, M., De Vogli, R., Marmot, M.G., y Singh-Manoux, A. (2008). Positive and negative affect and risk of coronary heart disease: Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 337, 32-36. doi:10.1136/bmj.a118.
- Nakamura, Y. M., y Orth, U. (2005). Acceptance as a coping reaction: Adaptive or not? *Swiss Journal of Psychology*, 64, 281-292. doi:10.1024/1421-0185.64.4.281.
- Naqvi, T. Z., Naqvi, S. A., y Merz, C. B. (2005). Gender Differences in the Link Between Depression and Cardiovascular Disease. *Psychosomatic Medicine*, 67 (Suppl1), S15-S18. doi:10.1097/01.psy.0000164013.55453.05
- Navarro, A.B., y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 31, 1008-1017. doi: 10.6018/analesps.31.3.172481.
- Nealey, J.B., Smith, T.W., y Uchino, B.N., (2002). Cardiovascular responses to agency and communion stressors in young women. *Journal of Research in Personality*, 36, 395-418. doi:10.1016/S0092-6566(02)00003-X.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi:10.1080/15298860309032.
- Nes, L. S., y Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251. doi: 10.1207/s15327957pspr1003_3.
- Newman, J.D., Davidson, K.W., Shaffer, J.A., Schwartz, J.E, Chaplin, W., Kirkland, S., y Shimbo, D. (2011). Observed hostility and the risk of incident ischemic heart disease: a prospective population study from the 1995 Canadian Nova Scotia Health Survey. *Journal of the American College of Cardiology*, 58, 1222-1228. doi:10.1016/j.jacc.2011.04.044.
- Newman, E., Riggs, D.S., y Roth, S. (1997). Thematic resolution, PTSD, and complex PTSD: The relationship between meaning and trauma-related diagnoses. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 197-213. doi: 10.1002/jts.2490100204.
- Nichols, M., Townsend, Scarborough, P., y Rayner, M. (2013). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *European Heart Journal*, 34, 3028-3034. doi:10-1093/eurheartj/eh356.
- Nicholson, A., Kuper, H., y Hemingway H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among

- 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2674. doi:10.1093/eurheartj/ehl338.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., y Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial Medicine* 4, 1-7.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176. doi: 10.1111/1467-8721.00142.
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C.G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 60-64. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/20447203>.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Obrist, P. A. (1981). *Cardiovascular psychophysiology: A perspective*. New York: Plenum.
- Oishi, S., Diener, E., y Lucas, R. E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy?. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 346-360. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x.
- Oman, D., Kurata, J. H., Strawbridge, W. J., y Cohen, R. D. (2002). Religious attendance and cause of death over 31 years. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32, 69-89. doi: 10.2190/RJY7-CRR1-HCW5-XVEG.
- O'Leary, V.E. (1998). Strength in the face of adversity: individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54, 425-446. doi: 10.1111/j.1540-4560.1998.tb01228.x.
- Ostir, G.V., Berges, I., Ottenbacher, M.E., Clow, A., y Ottenbacher, K.J. (2008). Associations between positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Psychosomatic Medicine*, 70, 404-409. doi: 10.1097/PSY.0b013e31816fd7d0.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., y Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215. doi: 10.1097/00006842-200103000-00003.
- Ottaviani, C., Shapiro, D., Goldstein, I.B., y Mills, P.J. (2007). Vascular profile, delayed recovery, inflammatory process, and ambulatory blood pressure: Laboratory-to-life generalizability. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 56-65. doi:10.1016/j.ijpsycho.2007.05.013.
- Pakenham, K. (2007). The nature of benefit finding in multiple sclerosis. *Psychological Health Medicine*, 12, 190-196. doi:10.1080/13548500500465878.
- Pakenham, K. I., Sofronoff, K., y Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Aspergersyndrome: Correlates of making sense and benefit finding. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 245-264. doi:10.1016/j.ridd.2003.06.003.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., y Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004).
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., y Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724. doi: 10.2307/1388152.
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., y Blank, T. O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 863-875. doi:10.1037/a0013348.

- Park, C. L., Mills-Baxter, M. A., y Fenster, J. R. (2005). Post-traumatic growth from life's most traumatic event: Influences on elder's current coping and adjustment. *Traumatology, 11*, 297-306. doi: 10.1177/153476560501100408.
- Pascoe, L., y Edvardsson, D. (2013). Benefit finding in cancer: A review of influencing factors and health outcomes. *European Journal of Oncology Nursing, 17*, 760-766. doi:10.1016/j.ejon.2013.03.005.
- Pascoe, L., y Edvardsson, D. (2015). Psychometric properties and performance of the 17-item Benefit Finding Scale (BFS) in an outpatient population of men with prostatecancer. *European Journal of Oncology Nursing, 19*, 169-173. doi:10.1016/j.ejon.2014.09.004
- Paton, D., Smith, L., y Violanti, J. (2000). Disaster response: risk, vulnerability and resilience. *Disaster Prevention and Management: An International Journal, 9*, 173-180.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in spanish translation and evidence of convergence with english versions. *Journal of Personality Assessment, 74*, 63-87. doi: 10.1207/S15327752JPA740105.
- Phillips, A. C., Carroll, D., Hunt, K., y Der, G. (2006). The effects of the spontaneous presence of a spouse/partner and others on cardiovascular reactions to an acute psychological challenge. *Psychophysiology, 43*, 633-640. doi: 10.1111/j.1469-8986.2006.00462.
- Phillips, A. C., Gallagher, S., y Carroll, D. (2009). Social support, social intimacy, and cardiovascular reactions to acute psychological stress. *Annals of Behavioral Medicine, 37*, 38-45. doi:10.1007/s12160-008-9077-0.
- Philip, E. J., Merluzzi, T. V., Zhang, Z., y Heitzmann, C. A. (2013). Depression and cancer survivorship: importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psycho-Oncology, 22*, 987-994. doi: 10.1002/pon.3088.
- Piepoli, M.F., Davos, C., Francis, D.P., y Coats, A.J. (2004). Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ, 328*: 189. doi:10.1136/bmj.37938.645220.EE.
- Pierce, T., Baldwin, M.W., y Lydon, J.E. (1997). A relational schema approach to social support. In: G.R., Pierce, B., Lakey, I.G. Sarason, y B.R. Sarason, (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 19-47). Plenum: New York.
- Piertzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Johnson, D. C., Morgan, C. A., y Southwick, S. M. (2010). Posttraumatic growth in veterans of operations enduring freedom and iraqi freedom. *Journal of Affective Disorders, 126*, 230 - 235. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.021.
- Piferi, R.L., y Lawler, K.A. (2006). Social support and ambulatory blood pressure: an examination of both receiving and giving. *International Journal of Psychophysiology, 62*, 328-336. doi:10.1016/j.ijpsycho.2006.06.002.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and Aging, 26*, 1-14. doi:10.1037/a0021863.
- Pischke, C.R., Scherwitz, L., Weidner, G., y Ornish, D. (2008). Long-term effects of lifestyle changes on well-being and cardiac variables among coronary heart disease patients. *Health Psychology, 27*, 584-592. doi:10.1037/0278-6133.27.5.584.

- Pooley, J. A., Cohen, L., O'Connor, M., y Taylor, M. (2013). Posttraumatic stress and posttraumatic growth and their relationship to coping and self-efficacy in northwest australian cyclone communities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 392-399. doi:10.1037/a0028046.
- Post, S.G., (2005). Altruism, happiness, and health: it's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine* 12, 66-77. doi: 10.1207/s15327558ijbm1202_.
- Pourang, P., y Besharat, M. A. (2011). An investigation of the relationship between coping styles and psychological adaptation with recovery process in a sample of coronary heart disease patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 171-175. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.034.
- Prati, G.L., y Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A metaanalysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388. doi:10.1080/15325020902724271.
- Pressman, S.D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131, 925-971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925.
- Qouta, S., El-Sarraj, E., y Punamäki, R. L. (2001). Mental flexibility as resiliency factor among children exposed to political violence. *International Journal of Psychology*, 36, 1-7. doi: 10.1080/00207590042000010.
- Rafferty, K. A., Billig, A. K., y Mosack, K. E. (2015). Spirituality, religion, and health: The role of communication, appraisals, and coping for individuals living with chronic illness. *Journal of Religion and Health*, 54, 1870-1885. doi:10.1007/s10943-014-9965-5.
- Ratnasingam, P., y Bishop, G.D. (2007). Social support schemas, trait anger, and cardiovascular responses. *International Journal of Psychophysiology*, 63, 308-316. doi:10.1016/j.ijpsycho.2007.01.00.
- Reblin, M., Uchino, B. N., y Smith, T. W. (2010). Provider and recipient factors that may moderate the effectiveness of received support: Examining the effects of relationship quality and expectations for support on behavioral and cardiovascular reactions. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 423-431. doi: 10.1007/s10865-010-9270-z.
- Reid, R.D., Morrin, L.I., Pipe, A.L., Dafoe, W.A., Higginson, L.A.J., Wielgosz, A.T., ... y Blanchard, C.M.(2006). Determinants of physical activity after hospitalization for coronary artery disease: The tracking exercise after cardiac hospitalizations (TEACH) study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13, 529-537. doi: 10.1097/01.hjr.0000201513.13343.97.
- Ren, J., Jiang, X., Yao, J., Li, X., Liu, X., Pang, M., y Chiang, C. L. V. (2015). Depression, social support, and coping styles among pregnant women after the Lushan earthquake in Ya'an, China. *PloS one*, 10. doi: 10.1371/journal.pone.0135809.
- Revenson, T.A., Abraído-Lanza, A.F., Majerovitz, S.D., y Jordan, C. (2005). Couples coping with chronic illness: What's gender got to do with it?. En T.A. Revenson, K. Kayser, y G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*, (pp. 137-156). American Psychological Association: Washington DC.
- Rinaldis, M., Pakenham, K.I., y Lynch, B.M. (2010). Relationships between quality of life and finding benefits in a diagnosis of colorectal cancer. *British Journal of Psychology*, 101, 259-275. doi:10.1348/00712609X448676.
- Rini, C., Manne, S., DuHamel, K.N., Austin, J., Ostroff, J., Boulad, F.,..., y Redd, W.H. (2004). Mothers' perceptions of benefit following pediatric stem cell transplantation:

- A longitudinal investigation of the roles of optimism, medical risk, and sociodemographic resources. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 132-141. doi: 10.1207/s15324796abm2802_9.
- Roest, A.M., Martens, E.J., Denollet, J., y de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 563-669. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbff97.
- Romero, D.H., Riggs, S.A., y Ruggero, C. (2015). Coping, family social support, and psychological symptoms among student veterans. *Journal of Counselling Psychology*, 62, 242-252. doi:10.1037/cou0000061.
- Rosengren, A., Wilhelmsen, L., y Orth-Gomer, K. (2004). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men: a 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal*, 25, 56-63. doi:10.1016/j.ehj.2003.10.005.
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Kertz, S. J., Smith, N., Rauch, S. L., y Bjorgvinsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 146, 441-446. doi:10.1016/j.jad.2012.08.030.
- Roth, S., y Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813.
- Rothman, A. J., Baldwin, A. S., Hertel, A. W., y Fuglestad, P. T. (2004). Disentangling behavioral initiation and behavioral maintenance. *Baumeister RF, Vohs KD, editors. Handbook of self-Regulation. Research, theory, and applications*, 130-148. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Austin_Baldwin/publication/232574200_Self-regulation_and_behavior_change_Disentangling_behavioral_initiation_and_behavioral_maintenance/links/54ad570b0cf2213c5fe3c21f.pdf.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217. doi: 10.1161/01.CIR.99.16.2192.
- Rozanski, A., y Kubzansky, L.D. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, 47-53.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D., y Chaudhary, B. S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559. doi: 10.1056/NEJM198408303110902.
- Rueda, B., y Pérez-García, A.M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205-219. doi: 10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51-61. doi:10.1016/S0749-3797(02)00439-7.
- Ruiz, M. A., y Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire": A generic health-related Quality of Life Instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598.

- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. doi:10.1017/S0954579412000028.
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well being. En S.Fiske (Ed.), *Annual review of psychology*, 52, (pp.141-166). Annual Reviews, Inc: Palo Alto, CA.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Ryff, C.D., y Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>.
- Sabatine, M.S., Morrow, D.A., De Lemos, J.A., Gibson, C.M., Murphy, S.A., Rifai, N., McCabe, C., Antman, E.M., Cannon, C.P., y Braunwald, E. (2002). Multimarker approach to risk stratification in non-ST elevation acute coronary syndromes: Simultaneous assessment of troponin I, C-reactive protein, and B type natriuretic peptide. *Circulation*, 105, 1760-1763. doi: 10.1161/01.CIR.0000015464.18023.0A.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanjuán, P., Arranz, H., y Castro (2014). Effect of negative attributions on depressive symptoms of patients with coronary heart disease after controlling for physical functional impairment. *British Journal of Health Psychology*, 19, 380-392. doi:10.1111/bjhp.12044.
- Sanjuán, P., y García-Zamora, C. (2013). Spanish adaptation of The Benefit Finding Scale: Study of its psychometric properties and relationships with well-being. *12th European Conference on Psychological Assessment*. San Sebastián (Spain), 17-20 de Julio (Acta de Congreso pp.:306-307).
- Sanjuán, P., Magallares, A., Ávila, M., y Arranz, H. (2016). Effective and ineffective coping strategies: Psychometric properties of a reduced version of brief-COPE for heart patients. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3, 33-42.
- Sanjuán, P., Montalbetti, T., Pérez-García, A., Bermúdez, J., Arranz, H., y Castro, A. (2016). A randomized trial of a positive intervention to promote well-being in cardiac patients. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 8, 64-84. doi:10.1111/aphw.12062.
- Sanjuán, P., Pérez-García, A., y Bermúdez, J.M. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Santoribio, J.D., León-Justel, A., y Guerrero, J.M. (2009). Determinación de mioglobina y troponina T en suero para el diagnóstico precoz del infarto agudo de miocardio. *Revista Clínica Española*, 209, 152-153. Recuperado en: <http://medas.com/publicatio/49528>.
- Saranson, I.G., y Saranson, R.B. (1994). *Social support: theory, research and applications*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Sarkar, U., Ali, S., y Whooley, M. A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 306-312. doi: 10.1097/PSY.0b013e3180514d57.

- Sato, M., Yamazaki, Y., Sakita, M., y Bryce, T.J. (2008). Benefit-finding among people with rheumatoid arthritis in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 10, 51-58. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00372.x
- Sattelmair, J., Pertman, J., Ding, E.L., Kohl, H.W., Haskell, W. y Lee, I.M. (2011). Dose-response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation*, 124, 789-95. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.010710.
- Sawyer, A., Ayers, S., y Field, A.P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436-447. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.004.
- Schaefer, J.A., y Moos, R.H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R.G. Tedeschi, C.L. Park y L.G. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp.99-126). Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-B.
- Scherwitz, L., Perkins, L., Chesney, M., y Hughes, G. (1991). Cook-Medley Hostility scale and subsets:relationships to demographic and psychosocial characteristics in young adults in the CARDIA study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 36-49.
- Schmuck, H. (2000). “An act of Allah”: Religious explanations for floods in Bangladesh as survival strategy. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 18, 85-95. doi:10.1037/0022-3514.80.1.112.
- Schnall, S., Harber, K. D., Stefanucci, J. K., y Proffitt, D. R. (2008). Social support and the perception of geographical slant. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1246-1255. doi:10.1016/j.jesp.2008.04.011.
- Schnall, E., Wassertheil-Smoller, S., Swencionis, C., Zemon, V., Tinker, L., O’Sullivan, M.J., Van Horn, L., y Goodwin, M. (2010). The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the women’s health initiative observational study. *Psychology and Health*, 25, 249-263. doi: 10.1080/08870440802311322.
- Schroder, K.E., y Schwarzer, R. (2005). Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science and Medicine*, 60, 859-875. doi:10.16/j.socscimed.2004.06.028.
- Schunk, D. H., y Meece, J. L. (2006). Self-efficacy development in adolescence. En F. Pajares, y T.C. Urdan (Eds.) *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (pp. 71-96.)Information Age Publishing Inc: USA.
- Schultz, U., y Mohamed, N.E. (2004). Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653-662. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.019
- Schultz, J.M., Tallman, B.A., y Altmaier, E.M. (2010). Pathways to posttraumatic growth: the contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2, 104-114. doi:10.1037/a0018454.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51. doi: 10.1111/1467-8721.00112.
- Schwarzer, R., y Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2, 1-8.
- Schwarzer, R., y Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*,

- 393-409. Recuperado de: http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/s_knoll_coping.pdf;
- Schwarzer, R., y Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243-252. doi: 10.1080/00207590701396641.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., y Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science and Medicine*, 63, 1614-1624. doi:10.1016/j.socscimed.2006.04.004.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., y Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27, 54-63. doi:10.1037/0278-6133.27.1.
- Schwerdtfeger, A., Konermann, L., y Schönhofen, K. (2008). Self-efficacy as a health-protective resource in teachers? A biopsychological approach. *Health Psychology*, 27, 358. doi:10.1037/0278-6133.27.3.358.
- Schroevers, M.J., Kraaij V., y Garnefski, N. (2011) Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172. doi: 10.1002/pon.1718
- Schworer, C. E., May, D. R., Hollensbe, E. C., y Mencl, J. (2005). General and specific self-efficacy in the context of a training intervention to enhance performance expectancy. *Human Resource Development Quarterly*, 16, 111-129.
- Scrignaro, M., Barni, S., y Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting posttraumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20, 823-831. doi:10.1002/pon.1782.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497. doi:10.1037/0278-6133.22.5.487.
- Senol-Durak, E., y Ayvasik, H. B (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 150-158. doi: 10.1007/s10880-010-9192-5.
- Seeman, T.E., y Syme, S.L. (1987). Social networks and coronary artery disease: a comparison of structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 341-354.
- Seery, M. D., Holman, E. A., y Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 1025-1041. doi:10.1037/a0021344.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Sesso, H.D., Buring, J.E., Rifai, N., Blake, G.J., Gaziano, J.M., y Ridker, P.M. (2003). C reactive protein and the risk of developing hypertension. *The Journal of the American Medical Association*, 290, 2945-2951. doi:10.1001/jama.290.22.2945. doi:10.1001/jama.290.22.2945.
- Shah, S.U., White, A., White, S., y Littler, A. (2004). Heart and mind: (1) relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. *Postgraduate Medical Journal* 80, 683-689. doi: 10.1136/pgmj.2003.014662

- Shaffer, F., McCraty, R., y Zerr, C. L. (2014). A healthy heart is not a metronome: an integrative review of the heart's anatomy and heart rate variability. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-19. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01040.
- Shakespeare-Finch, J., y Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 223-229. doi:10.1016/j.janxdis.2013.10.005.
- Shapiro, J. P., McCue, K., Heyman, E. N., Dey, T., y Haller, H. S. (2010). Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 1-22. doi:10.1080/07347330903438883.
- Shaw, A., Joseph, S., y Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion and Culture*, 8, 1-11. doi:10.1080/1367467032000157981.
- Shoji, K., Bock, J., Cieslak, R., Zukowska, K., Luszczynska, A., y Benight, C. C. (2014). Cultivating secondary traumatic growth among healthcare workers: The role of social support and self-Efficacy. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 831-846. doi: 10.1002/jclp.22070.
- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 265-273. doi:10.1023/B:JOCS.0000045346.76242.73
- Simoni, J. M., y Ortiz, M. Z. (2003). Mediation models of spirituality and depressive symptomatology among HIV-positive Puerto Rican women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 9, 3-15. doi:10.1037/1099-9809.9.1.3.
- Sirois, F. M., y Hirsch, J. K. (2013). Associations of psychological thriving with coping efficacy, expectations for future growth, and depressive symptoms over time in people with arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 279-286. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.004.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216.
- Smeets, T. (2010). Autonomic and hypothalamic-pituitary-adrenal stress resilience: Impact of cardiac vagal tone. *Biological Psychology*, 84, 290-295. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.02.015.
- Smith, T. W. (2006). Personality as risk and resilience in physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 227-231. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00441.x.
- Smith, T. W., Allred, K. D., Morrison, C. A., y Carlson, S. D. (1989). Cardiovascular reactivity and interpersonal influence: Active coping in a social context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 209-218. doi:10.1037/0022-3514.56.2.209.
- Smith, T. W. y Brown, P. C. (1991). Cynical hostility, attempts to exert social control, and cardiovascular reactivity in married couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 581-592. doi: 10.1007/BF00867172.
- Smith, T.W., y Frohm, K.D. (1985) What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho scale. *Health Psychology* 4, 503-520. doi:10.1037/0278-6133.4.6.503.
- Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M., y Gallo, L.C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion and

- health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00296.x.
- Smith, J.A., Lumley, M.A., y Longo, D.J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 326-335. doi: 10.1207/S15324796ABM2404_09.
- Smith, T.W., y Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.548.
- Smith, T. W., Ruiz, J. M., y Uchino, B. N. (2000). Vigilance, active coping, and cardiovascular reactivity during social interaction in young men. *Health Psychology*, 19, 382-392. doi: 10.1037/0278-6133.19.4.382.
- Smoller, J. W., Pollack, M. H., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R. D., Oberman, A., Wong, N. D., y Sheps, D. (2007). Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1153-1160. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1153.
- Smorti, M., Cappelli, F., Guarnieri, S., Bergesio, F., y Perfetto, F. (2014). Depression and cardiac symptoms among AL amyloidosis patients: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 19, 263-272. doi:10.1080/13548506.2013.802357.
- Sniehotta, F.F., Scholz, U., y Schwarzer, R.(2005). Bridging the intention behavior gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20, 143-160. doi:10.1080/08870440512331317670.
- Sloan, R. P., Shapiro, P. A., Gorenstein, E. E., Tager, F. A., Monk, C. E., McKinley, P. S.,... y Bigger, J.T. (2010). Cardiac autonomic control and treatment of hostility: a randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 72, 1-8. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181c8a529.
- Soofi, M.A., y Youssef, M.A. (2015). Prediction of 10-year risk of hard coronary events among Saudi adults based on prevalence of heart disease risk factor. *Journal of the Saudi Heart Association*, 27, 152-159. doi:10.1016/j.jsha.2015.03.003.
- Solomon, Z., y Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWS. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 303-312. doi:10.1002/jts.20216.
- Souza, G.G.L., Mendonca-De-Souza, A.C.F., Barros, E.M., Coutinho, E.F.S., Oliveira, L., Figueira, I., y Volchan, E. (2007). Resilience and vagal tone predict cardiac recovery from acute psychosocial stress. *Stress*, 10, 374-386. doi:10.1080/10253890701419886.
- Stanton, A.L., Bower, J.E., y Low, C.A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In Calhoun, L.G y Tedeschi, R.G. (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, (pp.138-175). Erlbaum: Mahwah NJ.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., y Huggings, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102. doi: 10.1002/pon.574.
- Stanton, A. L., Sullivan, S. J., y Austenfeld, L. (2009). 21 Coping Through Emotional Approach: Emerging Evidence for the Utility of Processing and Expressing Emotions

- in Responding to Stressors. En S.J. Lopez, y C.R. Snyder (Eds.) *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 225-235). Oxford Library of Psychology: UK.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M., y Maas, I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. En P.B., Baltes, y K.U. Mayer (Eds.). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*, (pp. 302-328). Cambridge University Press: New York.
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., ... y Parati, G. (2013). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology and Health*, 28, 765-783. doi: 10.1080/08870446.2012.759223.
- Step toe, A., Dockray, S., y Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77, 1747-1776. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x.
- Step toe, A., de Oliveira, C., Demakakos, P. y Zaninotto, P. (2014). Enjoyment of life and declining physical function at older ages: a longitudinal cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 186, 150-156. doi: 10.1503/cmaj.131155.
- Step toe, A., Hamer, M., y Chida, Y. (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 901-912. doi:10.1016/j.bbi.2007.03.011.
- Strecher, J., DeVellis, B., Becker, M., y Rosenstoch, I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-91. doi: 10.1177/109019818601300108.
- Steger, M. F., y Frazier, P. (2005). Meaning in Life: one link in the chain from religiousness to well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 574-582. doi:10.1037/0022-0167.52.4.574.
- Steger, M. F., Frazier, P., y Zacchanini, J. L. (2008). Terrorism in two cultures: Traumatization and existential protective factors following the September 11th attacks and the Madrid train bombings. *Journal of Trauma and Loss*, 13, 511-527.
- Streiner, D. L. (2003) Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103. doi: 10.1207/S15327752JPA8001_18.
- Strike, P.C., y Step toe, A. (2005). Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. *Psychosomatic Medicine* 67, 179-86.
- Strobel, M., Tumasjan, A., y Spörrle, M. (2011). Be yourself, believe in yourself, and be happy: Self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 43-48. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00826.x.
- Stuart, A.G. (2014). Exercise as therapy in congenital heart disease. A gamification approach. *Progress in Pediatric Cardiology*, 38, 37-44. doi:10.1016/j.ppedcard.2014.12.008.
- Stutts, L.A., y Stanaland, A.W. (2016). Posttraumatic growth in individuals with amputations. *Disability and Health Journal*, 9, 167-171. doi:10.1016/j.dhjo.2015.07.005.
- Su, Y., y Chen, S. (2015). Emerging posttraumatic growth: A prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 103-111. doi:10.1037/tra0000008.

- Sumalla, E.C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion?. *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.006.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., y Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 473-478.
- Suls, J., y Wan, C. K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 372-379. doi:10.1037/0022-006X.57.3.372.
- Tabet, J.Y., Meurin P., y Driss A.B., Weber H., Renaud N., Grosdemouge A., Beauvais F., y Cohen-Solal A. (2009). Benefits of exercise training in chronic heart failure. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 102, 721-730. doi:10.1016/j.acvd.2009.05.011.
- Taku, K. (2014). Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Personality and Individual Differences*, 59, 120-123. doi:10.1016/j.paid.2013.11.003.
- Taku, K., y Oshio, A. (2015). An item-level analysis of the posttraumatic growth inventory: Relationships with an examination of core beliefs and deliberate rumination. *Personality and Individual Differences*, 86, 156-160. doi:10.1016/j.paid.2015.06.025.
- Tan-Kristanto, S., y Kiroopoulos, L.A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychological Health and Medicine*, 20, 635-645. doi:10.1080/13548506.2014.999810.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 21, 1161-1173. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161.
- Taylor, S.E. (2011). How Psychological resources enhance health and well-being. En S., Donaldson, M., Csikszentmihayi y J. Nakamura, (Eds.). *Applied Positive Psychology*, (pp: 65-77). Routledge: New York.
- Taylor, R.S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., ..., Oldridge, N. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Medicine*, 116, 692-697. doi: 10.1016/j.amjmed.2004.01.009.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., y Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55, 99-109. doi:10.1037/0003-066X.55.1.99.
- Taylor, S. E., y Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. London: Sage Publications.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. doi: 10.1007/BF02103658.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., y Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 396-406. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00299.x.

- Tedeschi, R. G., Park, C. L. y Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. En I.B., Weiner (Ed.). *Personality and Clinical Psychology Serie*. (pp.99-125). Lawrence Erlbaum Associates: Yersey.
- Tennen, H., y Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. En C.R., Snyder, C.R., y S.J., Lopez, (Eds). *Handbook of positive psychology*, (pp. 584-997). Oxford University Press: New York.
- Tennen H., y Affleck, G. (2009). Assessing positive life change: in search of meticulous methods. En: C.P.S., Lechner, A.L., Stanton, y M.H., Antoni, (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?*. (pp.31-49). American Psychological Association: Washington, DC.
- Thambyrajah, C., Herold, J., Altman, K., y Llewellyn, C. (2010). Cancer doesn't mean curtains: benefit finding in patients with head and neck cancer remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 666-682. doi: 10.1080/07347332.2010.516812.
- Thayer, J. F., y Lane, R. D. (2007). The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality. *Biological Psychology*, 74, 224-242. doi:10.1016/j.biopsycho.2005.11.013.
- Thomas, E., y Savoy, S. (2014). Relationships between traumatic events, religious coping style, and posttraumatic outcomes. *Traumatology: An International Journal*, 20, 84-90. doi:10.1037/h0099380.
- Thombs, B.D., Bass, E.B., Ford, D.E., Stewart, K.J., Tsilidis, K., K., Patel, U., Fauerbach, J.A., Bush, D.E., y Ziegelstein, R.C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30-38. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x.
- Thombs, B.D., De Jonge, P., Coyne, J.C., Whooley, M.A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A.J., Zuidersma, M., Eze-Nliam, C., Lima, B.B., Smith, C.G., Soderlund, K., y Ziegelstein, R.C. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 300, 2161-2171. doi:10.1001/jama.2008.667.
- Thompson, R.J., Mata, J., Jaeggi, S.M., Buschkuohl, M., Jonides, J., y Gotlib, I.H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behavioral Research Theory*, 48, 459-466. doi:10.1016/j.brat.2010.01.007.
- Thornton, A.A., Owen, J.E., Kernstine, K., Koczywas, M., Grannis, F., Cristea, M., Reckamp, K., y Stanton, A.L. (2012). Predictors of finding benefit after lung cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 21, 365-373. doi: 10.1002/jts.21738.
- Thorsteinsson, E.B., y James, J.E., (1999). A meta-analysis of the effects of experimental manipulations of social support during laboratory stress. *Psychology and Health* 14, 869-886. doi:10.1080/08870449908407353.
- Thurston, R. C., Rewak, M., y Kubzansky, L. D. (2013). An anxious heart: anxiety and the onset of cardiovascular diseases. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55, 524-537. doi:10.1016/j.pcad.2013.03.007.
- Tomich, P.L., y Hegelson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good?. Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.16.
- Torres, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, Z., y Zumalabe, J. (2000). Un estudio psicométrico de tresdimensiones del cuestionario de salud mental SCL-90 y análisis diferenciales. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*, 21, 42-47.

- Tracy, E.M., Munson, M.R., Peterson, L.T., y Floersch, J.E., (2010). Social support: a mixed blessing for women in substance abuse treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10, 257-282. doi:10.1080/1533256X.2010.500970.
- Triplett, K.N., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., y Reeve, C.L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4, 400-410. doi: 10.1037/a0024204.
- Trivedi, R.B., Blumenthal, J.A., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Dupree, C., ... Sherwood, A. (2009). Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 339-346. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.014.
- Treiber, F.A., Kamarck, T., Schneiderman, N., Sheffield, D., Kapuku, G., y Taylor, T. (2003). Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. *Psychosomatic Medicine*, 65, 46-62.
- Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., y Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10, 783-795. doi:10.1037/a0020262.
- Tsang, J., McCullough, M. E., y Hoyt, W. T. (2005). Psychometric and rationalization accounts of the religion-forgiveness discrepancy. *Journal of Social Issues*, 61, 785-805. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00432.x.
- Tsay, S., y Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 245-251.
- Tugade, M.M., y Fredrickson, B.L. (2007). Regulation of positive emotions: emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333. doi: 10.1007/s10902-006-9015-4.
- Tully, P.J., Cosh, S.M., y Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind?. A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 439-448. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.001.
- Turner, J. R. (1994). *Cardiovascular reactivity and stress*. New York: Plenum Press.
- Uchino, B. N. (2005). Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships. *American Journal of Epidemiology*, 161, 297-298. doi: 10.1093/aje/kwi036.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255. doi: 10.1023/A:1010634902498.
- Uchino, B. N., Carlisle, M., Birmingham, W., y Vaughn, A. A. (2011). Social support and the reactivity hypothesis: Conceptual issues in examining the efficacy of received support during acute psychological stress. *Biological Psychology*, 86, 137-142. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.04.003.
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., y Uno, D. (2001). Heterogeneity in the social networks of young and older adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during acute stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 361-382. doi: 10.1023/A:1010634902498.

- Uno, D., Uchino, B. N., y Smith, T. W. (2002). Relationship quality moderates the effect of social support given by close friends on cardiovascular reactivity in women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 243-262. doi: 10.1207/S15327558IJBM0903_06.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S., y Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175-192. doi:10.1080/08870440512331317634.
- Ullman, S. E. (2014). Correlates of posttraumatic growth in adult sexual assault victims. *Traumatology*, 20, 219-224. doi:10.1037/h0099402.
- Van Dijk, D., Seger-Guttmann, T., y Heller, D. (2013). Life-threatening event reduces subjective well-being through activating avoidance motivation: A longitudinal study. *Emotion*, 13, 216-225. doi:10.1037/a0029973.
- Van der Kolk, B. A. (1997). The complexity of adaption to trauma self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. En: B.A., van der Kolk, A.C., McFarlaneyL., Weisaeth, L. (Eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182-213). Guilford Press: New York.
- Vanistendael, S. (1997). La Resiliencia o el realismo de la esperanza. *Barcelona: Gedisa*.
- Van de Velde, S., Bracke, P., y Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71, 305-313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035> Wang.
- Van Well, S., y Kolk, A. M. (2008). Social support and cardiovascular responding to laboratory stress: Moderating effects of gender role identification, sex, and type of support. *Psychology and Health*, 23, 887-907. doi: 10.1080/08870440701491381.
- Valls, E., y Rueda, B. (2010). La influencia de la ira y la depresión como posibles factores de riesgo en la adaptación a la enfermedad cardiovascular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 81-104. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6070?show=full>.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11 terrorist attacks: Epidemiological effects of exposure and use of multiple diagnostic criteria in a Madrid community sample. *Journal of Traumatic Studies*, 9, 161-174.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Hervas/publication/228338310_Intervenciones_clnicas_basadas_en_la_psicologia_positiva_fundamentos_y_aplicaciones/links/0912f51017d097c6fb000000.pdf.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. Recuperado de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 1-27. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/1765/16195>.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469. doi: 10.1007/s10902-006-9042-1.

- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Versteeg, H., Roest, A. M., y Denollet, J. (2015). Persistent and fluctuating anxiety levels in the 18 months following acute myocardial infarction: the role of personality. *General Hospital Psychiatry*, 37, 1-6. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.11.010.
- Vollman, M.W., LaMontagne, L.L., y Hepworth, J.T. (2007). Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 125-130.
- Wade, N. G., y Worthington, E. L. (2005). In search of a common core: A content analysis of interventions to promote forgiveness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 160-177. doi:10.1037/0033-3204.42.2.160.
- Wang, Y., Li, L., Yang, Y.L., y Cai, L. (2013). Reliability and validity of the Benefit Finding Scale in women with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 21, 410-412.
- Wang, Y., Zhu, X., Yang, Y., Yi, J., Tang, L., He, J., y ... Yang, Y. (2015). What factors are predictive of benefit finding in women treated for non-metastatic breast cancer?. A prospective study. *Psycho-Oncology*, 24, 533-539. doi:10.1002/pon.3685.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Barcelona: Amorrortu Editores.
- Warner, L.M., Schüz, B., Wolff, J. K., Parschau, L., Wurm, S., y Schwarzer, R. (2014). Sources of self-efficacy for physical activity. *Health Psychology*, 33, 1298-1308. doi:10.1037/hea0000085.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness: eudaemonía and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678- 691. doi:10.1037/0022-3514.64.4.678.
- Watkins, L.L., Blumenthal, J.A., y Carney, R.M. (2002). Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 143, 460-466. doi:10.1067/mhj.2002.120404.
- Watkins, L. R., y Maier, S. F. (1999). Implications of immune-to-brain communication for sickness and pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96, 7710-7713. doi: 10.1073/pnas.96.14.7710.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Waugh, C. E., y Fredrickson, B. L. (2006). Nice to know you: Positive emotions, self–other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 93-106. doi: 10.1080/17439760500510569.
- Waugh, C. E., Thompson, R. J., y Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11, 1059-1067. doi:10.1037/a0021786.
- Werner, E.E., y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York, McGraw-Hill.
- Werner, E.E., y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Westphal, M., y Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins?. *Applied Psychology*, 56, 417-427. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00298.

- Whang, W., Kubzansky, L.D., Kawachi, I., Rexrode, K.M., Kroencke, C.H., Glynn, R.J., ..., Albert, C.M. (2009). Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: Results from the nurses' health study. *Journal of the American College of Cardiology*, *53*, 2129-2135. doi:10.1016/j.jacc.2008.10.060.
- Whellan, D.J., Nigam, A., Arnold, M., Starr, A.Z., Hill, J., Fletcher, G.,..., y Keteyian, S.J. (2011). Benefit of exercise therapy for systolic heart failure in relation to disease severity and etiology—findings from the Heart Failure and A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training study. *American Heart Journal*, *162*, 1003-1110. doi:10.1016/j.ahj.2011.09.017.
- Wiendenfeld, S., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., y Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 1082-1094. doi:10.1037/0022-3514.59.5.1082.
- Widows, M., Jacobsen, P., Booth-Jones, M., y Fields, K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, *24*, 266-273. doi:10.1037/0278-6133.24.3.266.
- Williams, R.B., y Schneiderman, N. (2002). Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease (pro). *Psychosomatic Medicine*, *64*, 552-557.
- Wilson, D.K., Kliewer, W., Bayer, L., Jones, D., Welleford, A., Heiney, M., y Sica, D.A.(1999). The influence of gender and emotional versus instrumental support on cardiovascular reactivity in African-American adolescents. *Annals of Behavioral Medicine* *21*, 235-243. doi: 10.1007/BF02884840.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa*, November 1986. Geneva: WHO.
- World Health Organization, WHO (2014). The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. *World Health Organization*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
- Wright, R. A., y Kirby, L. D. (2001). Effort determination of cardiovascular response: An integrative analysis with applications in social psychology. En M. Zanna, (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, *33* (pp.255-307). Academic Press: San Diego.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., y Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29*, 1494-1508. doi: 10.1177/0146167203256921.
- Wu, A., Tang, C., y Kwok, T. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging and Mental Health*, *8*, 21-28. doi:10.1080/13607860310001613293.
- Wulsin, L. R., y Singal, B. M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease?. A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 201-210.
- Xu, J., y Roberts, R. E. (2010). The power of positive emotions: It's a matter of life or death—Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, *29*, 9-19. doi:10.1037/a0016767.

- Yang, C.Y., Boen, C., Gerken, K., Li, T., Schorpp, K., y Harris, K.M. (2015). Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *113*, 1-14. doi: 10.1073/pnas.1511085112.
- Yang, Y.C., McClintock, M.K., Kozloski, M., y Li, T. (2013). Social isolation and adult mortality: The role of chronic inflammation and sex differences. *Journal of Health and Social Behavior*, *54*, 183-203. doi: 10.1177/0022146513485244.
- Yang, Y., y Kozloski, M. (2011) Sex differences in age trajectories of physiological dysregulation: Inflammation, metabolic syndrome, and allostatic load. *The Journal of Gerontology: A Biological Science and Medical Science* *66*, 493-500. doi: 10.1093/gerona/qlr003.
- Yeager, D.M., Gleib, D.A., Au, M., Lin, H.S., Sloan, R.P., y Weinstein, M. (2006). Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Social Science and Medicine*, *63*, 2228-2241. doi:10.1016/j.socscimed.2006.05.007.
- Yeung, N. C., Lu, Q., Wong, C. C., y Huynh, H. C. (2015). The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: a stress and coping perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *12*, 1-9. doi:10.1037/tra0000091.
- Ying, L., Wang, Y., Lin, C. y Chen, C. (2016). Trait resilience moderated the relationships between PTG and adolescent academic burnout in a post-disaster context. *Personality and Individual Differences*, *9*, 108-112, doi:10.1016/j.paid.2015.10.048.
- Yong, H. H., Hamann, S. L., Borland, R., Fong, G. T., y Omar, M., for the ITC-SEA project team. (2009). Adult smokers perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science and Medicine*, *69*, 1025-1031. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.042.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., y Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility. The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, *215*, 401-405. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.032
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanus, D., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., y Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, *364*, 937-952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9.
- Zautra, A.J., Hall, J.S., y Murray, K.E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. En J.W. Reich, A.J., Zautra, y J.H. Hall, (Eds). *Handbook of adult resilience*, (pp.3-29.)The Guilford Press: New York.
- Zen, A. L., Whooley, M. A., Zhao, S., y Cohen, B. E. (2012). Post-traumatic stress disorder is associated with poor health behaviors: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychology*, *31*, 194-201. doi:10.1037/a0025989.
- Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, *26*, 626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008.
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., y Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 245-263. doi: 10.1002/jclp.20441.

Zrinyi, M. (2001). The influence of staff-patient interactions on adherence behaviors. *Edtna Erca Journal*, 26, 13-16. doi: 10.1111/j.1755-6686.2001.tb00128.x.

ANEXO I: Consentimiento Informado



Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROMOTORES: (1) Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario La Paz (Madrid, España). (2) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madrid- España).

Título del Proyecto: **PROMOCIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS Y RECURSOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CARDIACOS**

Autorizado por: Hospital Universitario de La Paz (Madrid) y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del consentimiento por parte del paciente/participante. A tal efecto, a continuación se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación arriba referenciado, como requisito previo a su colaboración voluntaria en el mismo:

1. OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo principal analizar las variables que tienen efecto en el bienestar psicológico de los pacientes cardíacos.

2. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO: En esta investigación se medirán una serie de variables psicológicas a través de cuestionarios inmediatamente antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardíaca.

3. POSIBLES BENEFICIOS: El conocimiento de las variables psicológicas que se asocian con el bienestar puede servir para diseñar programas de promoción del mismo. El bienestar psicológico deriva en sentirse mejor, pero también contribuye a un mejor pronóstico de la enfermedad cardíaca.

4. POSIBLES INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO: Su participación consistirá en contestar una serie de preguntas sobre su forma habitual de pensar, sentir o actuar en 2 momentos distintos separados por un período de tiempo, por lo que no existe ningún tipo de riesgo para los participantes en el estudio.

5. PREGUNTAS E INFORMACIÓN: Para resolver cualquier duda o inquietud relativa a esta investigación, puede ponerse en contacto con la directora del proyecto, la Dra. Pilar Sanjuán, por cualquiera de los siguientes medios:

Teléfono: 91 398 62 76

Correo electrónico: psanjuan@psi.uned.es

Correo ordinario: Departamento de Psicología de la Personalidad

Facultad de Psicología (UNED)

C/ Juan del Rosal, 10 28040 Madrid

6. PROTECCIÓN DE DATOS: Este proyecto requiere la utilización y manejo de datos de carácter personal que, en todo caso, serán tratados conforme a las normas que regulan este derecho garantizando la confidencialidad de los mismos (LOPD ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre)

La participación de este proyecto de investigación es voluntaria y en cualquier momento los participantes pueden ejercer sus derechos de acceder, retirar, cancelar u oponer sus datos.

Y para que conste por escrito a efectos de información de los pacientes a los que se solicita su participación voluntaria en el proyecto antes mencionado, se ha formulado y se entrega la presente hoja informativa

En Madrid, a 17 de Enero de 2012

El investigador principal

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informado y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada en el proyecto de investigación titulado "**PROMOCIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS Y RECURSOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CARDIACOS**", que ha sido autorizado por el Hospital Universitario la Paz, y para el que se ha pedido mi colaboración.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio,

- a) cuando quiera;
- b) sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- c) sin ningún tipo de repercusión negativa para mí.

Por todo lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en el proyecto de investigación antes citado.

En Madrid a

Firma

ANEXO II: Cuadernillo de recogida de datos



Como parte de su participación en el estudio le pedimos que conteste a una serie de preguntas. A la hora de responder tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas, puesto que lo que nos interesa es que conteste lo que usted piensa, siente o hace. Por ello, le pedimos que sea sincero en sus respuestas. Además, le aseguramos que los datos recogidos serán tratados de forma anónima con total confidencialidad.

CÓDIGO _____
Fecha _____

EDAD.....

SEXO

- Varón
- Mujer

ESTADO CIVIL

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado

CÓMO VIVE EN LA ACTUALIDAD

- Solo
- Acompañado (Indicar de quien_____)

ESTATUS PAREJA

- Con pareja
- Sin pareja

PROFESIÓN.....

ESTATUS COMO TRABAJADOR EN LA ACTUALIDAD

- Se encuentra en activo y trabaja
- Se encuentra en paro
- Está jubilado
- Está de baja temporal
- Está de baja permanente
- Es ama de casa
- Es estudiante

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO:

- Primarios
- Secundarios
- Diplomado
- Licenciado
- Doctor

DATOS A RELLENAR POR EL PERSONAL MÉDICO

DIAGNÓSTICO _____

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO _____

METS _____

Peso _____ Altura _____ IMC _____

Fracción de eyección _____

Glucosa basal _____ HA1C _____

LDL _____ HDL _____ Triglicéridos _____

PSS _____ PSD _____

Brief – COPE-SF

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación recogen distintas reacciones ante diferentes situaciones difíciles, problemáticas o estresantes. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número del “0” (No, en absoluto) al “6” (Totalmente) que mejor indique en qué medida usted suele habitualmente desarrollar cada una de estas actividades para hacer frente a las diferentes dificultades que le surgen en su vida.

	No, en absoluto						Totalmente
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me esfuerzo en hacer algo que mejore la situación en la que estoy	0	1	2	3	4	5	6
2. Pienso seriamente en los pasos que debo dar	0	1	2	3	4	5	6
3. Trato de buscar algo bueno o positivo en lo que me está sucediendo	0	1	2	3	4	5	6
4. Acepto la realidad de lo que me sucede	0	1	2	3	4	5	6
5. Me río de la situación o hago bromas sobre ello	0	1	2	3	4	5	6
6. Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales	0	1	2	3	4	5	6
7. Busco consuelo y comprensión de los demás	0	1	2	3	4	5	6
8. Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer	0	1	2	3	4	5	6
9. Hago cosas para tener mi mente ocupada y mantenerme distraído (trabajo, ir al cine, ver la tele, leer, soñar despierto, dormir, ir de compras)	0	1	2	3	4	5	6
10. Me niego a creer que lo que me está pasando es real	0	1	2	3	4	5	6
11. Expreso mis sentimientos más negativos y desagradables	0	1	2	3	4	5	6
12. Bebo alcohol, fumo o tomo drogas para sentirme mejor y ayudarme a superarlo	0	1	2	3	4	5	6
13. Abandono cualquier intento de hacer frente al problema	0	1	2	3	4	5	6
14. Me considero culpable de las cosas que me suceden	0	1	2	3	4	5	6

CCV-AS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo el número del “0” (Nada) al “6” (Totalmente) que refleje mejor su situación personal en este momento.

	NADA						TOTALMENTE
1. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Siente que le quieren las personas que le importan?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Tiene buenas relaciones con su familia?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Tiene con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Le satisface la vida social que hace?	0	1	2	3	4	5	6

EAEG

INSTRUCCIONES: Por favor señale un número del “0” (Totalmente en desacuerdo) al “6” (Totalmente de acuerdo) en función del grado de acuerdo que tenga con cada una de las frases que se exponen a continuación relativas a la manera en que **usted se percibe a sí mismo**

	TOTALMENTE EN DESACUERDO							TOTALMENTE DE ACUERDO
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	0	1	2	3	4	5	6	6
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	0	1	2	3	4	5	6	6
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	0	1	2	3	4	5	6	6
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	0	1	2	3	4	5	6	6
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	0	1	2	3	4	5	6	6
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	0	1	2	3	4	5	6	6
7. Venga lo que venga, por lo general, soy capaz de manejarlo	0	1	2	3	4	5	6	6
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	0	1	2	3	4	5	6	6
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	0	1	2	3	4	5	6	6
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	0	1	2	3	4	5	6	6

ED-SCL-90-R

INTRUCCIONES: A continuación se exponen una serie de frases que reflejan pensamientos, sentimientos y comportamientos que las personas pueden presentar en determinadas ocasiones. Por favor señale el número del “0” (Nada) al “6” (Mucho) que mejor indique en qué medida estas frases le son aplicables a usted en la última semana (incluido el día de hoy).

	Nada						Mucho	
1. Pérdida de interés o de placer sexual	0	1	2	3	4	5	6	
2. Sentirse con pocas energías o decaído	0	1	2	3	4	5	6	
3. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4	5	6	
4. Llorar con facilidad	0	1	2	3	4	5	6	
5. Sentimientos de estar atrapado	0	1	2	3	4	5	6	
6. Culparse a sí mismo de cosas	0	1	2	3	4	5	6	
7. Sentirse solo	0	1	2	3	4	5	6	
8. Sentirse triste	0	1	2	3	4	5	6	
9. Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas	0	1	2	3	4	5	6	
10. Desinterés por las cosas	0	1	2	3	4	5	6	
11. Sentirse desesperanzado sobre el futuro	0	1	2	3	4	5	6	
12. Sentir que todo le representa un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6	
13. Sentimientos de inutilidad	0	1	2	3	4	5	6	

PANAS

INSTRUCCIONES: A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada palabra y **marque el número del “0” (Nada en absoluto) al “6” (Totalmente) que mejor refleje cómo se ha sentido usted en la última semana (incluido el día de hoy).**

	Nada en absoluto						Totalmente
1. Interesado	0	1	2	3	4	5	6
2. Tenso o estresado	0	1	2	3	4	5	6
3. Animado	0	1	2	3	4	5	6
4. Disgustado o molesto	0	1	2	3	4	5	6
5. Enérgico, con vitalidad	0	1	2	3	4	5	6
6. Culpable	0	1	2	3	4	5	6
7. Asustado	0	1	2	3	4	5	6
8. Enfadado	0	1	2	3	4	5	6
9. Entusiasmado	0	1	2	3	4	5	6
10. Orgullosa	0	1	2	3	4	5	6
11. Irritable o malhumorado	0	1	2	3	4	5	6
12. Dispuesto	0	1	2	3	4	5	6
13. Avergonzado	0	1	2	3	4	5	6
14. Inspirado	0	1	2	3	4	5	6
15. Nervioso	0	1	2	3	4	5	6
16. Decidido	0	1	2	3	4	5	6
17. Atento	0	1	2	3	4	5	6
18. Intranquilo o preocupado	0	1	2	3	4	5	6
19. Activo	0	1	2	3	4	5	6
20. Temeroso	0	1	2	3	4	5	6

EB

A continuación aparecen algunas frases que recogen posibles **consecuencias que las personas pueden experimentar después de haber pasado por situaciones muy difíciles** (como por ejemplo, padecer una enfermedad grave). Por favor señale un número del "0" (Nada) al "6" (Mucho) en función del grado en que estas frases se le puedan aplicar a Usted.

	Nada						Mucho
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me ha llevado a una mayor aceptación de las cosas	0	1	2	3	4	5	6
2. Me ha enseñado cómo ajustarme a las cosas que no puedo cambiar	0	1	2	3	4	5	6
3. Me ha ayudado a tomarme las cosas como vienen	0	1	2	3	4	5	6
4. Me ha unido más a mi familia	0	1	2	3	4	5	6
5. Me ha hecho más sensible a los temas familiares	0	1	2	3	4	5	6
6. Me ha enseñado que todas las vidas tienen sentido	0	1	2	3	4	5	6
7. Me ha mostrado que todo el mundo necesita ser querido	0	1	2	3	4	5	6
8. Me ha hecho darme cuenta de la importancia de planificar el futuro de mi familia	0	1	2	3	4	5	6
9. Me ha hecho estar más consciente y preocupado por el futuro de todos los seres humanos	0	1	2	3	4	5	6
10. Me ha enseñado a ser paciente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me ha llevado a afrontar mejor el estrés y los problemas	0	1	2	3	4	5	6
12. Me ha llevado a conocer a personas que se han convertido en algunos de mis mejores amigos	0	1	2	3	4	5	6
13. Ha contribuido a mi crecimiento emocional y espiritual en general	0	1	2	3	4	5	6
14. Me ha ayudado a ser más consciente del cariño y apoyo que me dan otras personas	0	1	2	3	4	5	6
15. Me ha ayudado a darme cuenta de quienes son mis verdaderos amigos	0	1	2	3	4	5	6
16. Me ha ayudado a centrarme en las verdaderas prioridades, en el sentido que la vida tiene	0	1	2	3	4	5	6
17. Me ha ayudado a convertirme en una persona más fuerte, más capaz de hacer frente con eficacia a los desafíos de la vida futura	0	1	2	3	4	5	6