

Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular

Protective factors, healthy lifestyles, and cardiovascular risk

Jesús Manuel Guerrero Alcedo y Johanna Gabriela Sánchez Angulo¹

RESUMEN

Se llevó a cabo una revisión teórica acerca de algunas fortalezas enmarcadas en la psicología positiva, tales como resiliencia, apoyo social percibido y autoeficacia generalizada, así como de ciertos factores inherentes, como edad, sexo y nivel socioeconómico, y la posible influencia de los mismos en la salud cardiovascular, teniendo como variable meta los estilos de vida saludable. Tomando como base las investigaciones en el área, se espera que haya una relación directa entre edad, sexo, nivel socioeconómico, resiliencia, apoyo social percibido, autoeficacia y estilos de vida saludables, y a su vez encontrar relaciones indirectas o mediadas de las variables incluidas y los estilos de vida saludable, funcionando algunas de ellas como mediadoras importantes para el tratamiento y prevención. Tales variables han sido incluidas en el ámbito de la psicocardiología como elementos indispensables en la intervención y prevención, minimizando así el impacto del riesgo. Este ámbito tiene gran importancia en la psicología contemporánea.

Palabras clave: Factores protectores; Estilos de vida saludable; Riesgo cardiovascular; Psicología positiva.

ABSTRACT

A theoretical review was conducted on some strenghts framed within Positive Psychology, such as resilience, perceived social support, and generalized self-efficacy, as well as age, sex and socioeconomic status, and their possible influence on cardiovascular health, leading to the target of healthy life styles. Research in the area assumes a direct relationship between age, sex, socioeconomic status, resilience, self-efficacy, perceived social support, and healthy lifestyles. It also suggests indirect or mediated relationships with healthy lifestyles, by exploring variables as key mediators in the treatment and prevention of disease. These variables have been included in the field of psychocardiology as indispensable elements for intervention, prevention and minimizing the risk impact. This area has great importance in the contemporary psychology.

Key words: Protective factors; Healthy lifestyles; Cardiovascular risk; Positive psychology.

¹ Programa de Psicología, Decanato Experimental de Humanidades y Artes, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela, Dirección Postal 3001, tel. 0058-02512-259-22-37 y 38, correos electrónicos: jesusguerrero.psi@gmail.com y johannagabriela.sanchez@gmail.com. Artículo recibido el 15 de enero y aceptado el 23 de abril de 2014.

INTRODUCCIÓN

No hay duda de la importancia que hoy en día tienen las enfermedades cardiovasculares (ECV en lo sucesivo), las cuales, evaluadas desde prácticamente cualquier puntos de vista, ocupan una posición importante y requieren una atención primordial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), esta patología constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo ya que ocasiona anualmente 17.5 millones de muertes; además, es responsable de 32 millones de defunciones por eventos coronarios, como los accidentes cerebrovasculares, que abarcan entre 40 y 70% de pérdidas fatales en los países desarrollados. Sin embargo, se sabe que estas cifras son aún mayores en los países en vías de desarrollo.

En Venezuela, por ejemplo, las estadísticas de mortalidad anual siguen en aumento (Blanco, 2011). Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012, 2014) en el año 2010 las enfermedades del corazón (infarto agudo al miocardio, enfermedad cardíaca hipertensiva y enfermedad isquémica crónica del corazón) constituyeron la primera causa de muerte, con 29,078 casos reportados (20.99%). Dicha cifra se incrementó en 2011 a 30,548 (21.63%) casos. Por otra parte, las enfermedades cerebrovasculares (hemorragia intraencefálica, accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico y otras enfermedades cerebrovasculares) fueron la tercera causa de mortalidad en 2010 con 10,642 (7.68%) casos reportados, aumentando para el año siguiente a 11,052 casos (7.73%). Por lo anterior, urge intervenir sobre esta patología desde los tres niveles de atención de la salud.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las ECV se definen como el conjunto de trastornos que afectan el corazón y los vasos sanguíneos, lo que engloba, en primer lugar, a la enfermedad coronaria, patología que afecta el funcionamiento adecuado del corazón y que se desarrolla silenciosamente, por lo que la persona no se percata de tal suceso. Puede ser el resultado de la atero-

esclerosis o formación de placas o depósitos, lo cual obstruye las arterias, o de la pérdida de la elasticidad de las arterias, conocida como arterioesclerosis, impidiendo en ambos casos el flujo sanguíneo de forma funcional (Blanco, 2011; Brannon y Feist, 2001; Pelegrín, García y Garcés, 2009). Entre estos trastornos destacan la angina de pecho y el infarto agudo del miocardio.

En segundo lugar, los trastornos cerebrovasculares forman un grupo de enfermedades que afectan el encéfalo como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos. Tales procesos incluyen cualquier lesión de la pared vascular, obstrucción por trombos, ruptura de vasos, alteración de la permeabilidad de la pared vascular e incremento de la viscosidad u otro cambio en la cualidad de la sangre (Blanco, 2011; Pelegrín et al., 2009).

Los trastornos que engloban las ECV, bien sea del corazón o cerebrovasculares, anteriormente se veían como un fenómeno unicausal, determinado únicamente por factores biológicos; sin embargo, a partir del cambio del concepto de salud de la OMS, se aborda en la actualidad desde un enfoque multifactorial.

Con base en la necesidad de un cambio de perspectiva, se vio desde hace tiempo la importancia de los trabajos de equipos multiprofesionales, al igual que de una marcada participación de la psicología en el ámbito de la prevención y el tratamiento en la salud. Por ello, surge en 1976 la División 38 de la Asociación Americana de Psicología (APA), denominada Psicología de la Salud (APA, 1976), misma que fue definida como el campo de especialización de la psicología que aplica sus principios, técnicas y conocimientos científicos a la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y modificación de trastornos físicos o mentales, o de cualquier otro comportamiento relevante para el proceso de salud y enfermedad, en los diferentes contextos en que éstos puedan ocurrir. Dicho campo se ha dedicado a establecer nuevos esquemas, tales como la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de enfermedades a través de modificación de hábitos no saludables, el tratamiento de enfermedades específicas con un trabajo interdisciplinario, y la evaluación y mejora del sistema sanitario (Oblitas, 2008).

Las mencionadas herramientas psicológicas se aplican en diversas áreas de la salud, como la psicocardiología (Peterson y Kim, 2011) y la psicooncología, que se ocupa del paciente oncológico (Becerra, Lugo y Reynoso, 2013); pero también a diversos trastornos, como la experiencia sensorial, afectiva y cognitiva del dolor crónico (Almendro et al., 2011); los trastornos del sueño, como el insomnio (Gupta y Knapp, 2014); el asma bronquial (Pokladnikova y Selke, 2013); las secuelas de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (Dalmida, Koenig, Holstad y Wirani, 2013); la diabetes mellitus (Jain, Shivkumar y Gupta, 2014); la fibromialgia (McAllister et al., 2013), y el síndrome del intestino irritable o el dolor abdominal (Deechakawan, Heitkemper, Cain, Burr y Jarrett, 2014). Sin embargo, esta revisión teórica dirigirá su atención específicamente a la psicocardiología.

La psicocardiología se define como el área de la psicología de la salud que aplica sus herramientas a la prevención, evaluación y tratamiento de las ECV, enfocando su atención principalmente a la detección y reducción de los factores de riesgos psicosociales mediante el apoyo psicológico y la modificación de conductas y estilos de vida (Laham, 2008; Rodríguez, 2012).

En este contexto, se han estudiado diversos factores de riesgo, descritos como todas aquellas características biológicas o hábitos adquiridos que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar la enfermedad (Acosta y Sánchez, 2009). Estos factores pueden caracterizarse por tener una relación autónoma y cuantitativa con la patología, por la existencia de un mecanismo causal que explica la asociación, y porque la exclusión o reducción del factor resulta en una regresión del proceso y de sus consecuencias clínicas (Georgieva, 2007). Dichos factores se han clasificado como modificables o no modificables.

FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD CARDIOVASCULAR

Factores no modificables

Los factores no modificables se definen como aquellos inherentes que por sus propias caracterís-

ticas establecen una condición propicia para la aparición o no de la enfermedad, tales como edad, sexo y nivel socioeconómico (Pelegrín et al., 2009).

Edad

La edad es un factor que mantiene una relación directa con el inicio de la enfermedad; se dice que entre mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer algún tipo de ECV, siendo fundamentalmente crítico este factor a partir de los 35 años, y con un máximo riesgo en los 60 (Segura, Agustí y Parodi, 2006).

La presión arterial, tanto sistólica como diastólica, se incrementa conforme avanza la edad, aunque se mantiene sin cambios notables en los últimos años de vida. La edad de inicio de la hipertensión son los 35 años, aumentando ligeramente hasta las proximidades de los 45, para luego elevarse (Santín, 1999). Aunque el envejecimiento no es causa directa de las ECV, estas, en efecto, son más comunes en personas de edad avanzada, puesto que al pasar los años los sistemas homeostáticos del organismo van perdiendo sus funciones y se debilitan de forma tal que el organismo se vuelve más susceptible de padecer alguna patología cardiovascular (Georgieva, 2007).

Sexo

Además de la edad, el sexo es otro de los factores no modificables asociados a las ECV. Las estadísticas reportadas en los últimos años indican que los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de padecer algún tipo de ECV que las mujeres de la misma edad. Esto puede deberse a la influencia que tienen los estrógenos en los vasos sanguíneos y el sistema cardiovascular en las mujeres (Cuevas, 2008; Segura et al., 2006). Sin embargo, algunos estudios muestran que a partir de 55 años las mujeres sufren infartos, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular con mayor frecuencia (Alfonzo, Bermejo y Segovia, 2006). Por ello, se supone que las ECV en las mujeres se asocian con la menopausia y con el número e intensidad de los factores de riesgo que afrontan (Georgieva, 2007).

Nivel socioeconómico

Otra de las variables que tienen mayor repercusión en la incidencia de ECV es el nivel socioeconómico, definido por Adler y Ostrove (1999) como la ocupación del individuo, los recursos económicos, el nivel social y la educación. Así, se considera el nivel socioeconómico bajo como uno de los predictores más significativos de la salud cardiovascular. Por tanto, un nivel socioeconómico más elevado se relaciona con la posposición del inicio de las EVC, lo que puede significar también que se dispone de un mayor acceso a los servicios de salud (Franks, Winters, Tancredi y Fiscella, 2011; Jeemon y Reddy, 2010; Williams, Kooner, Steptoe y Kooner, 2007).

Por su parte, hay investigaciones que muestran una relación directa entre el bajo nivel socioeconómico y los eventos cardiovasculares debido a que éstos están asociados en gran medida con hábitos inadecuados que elevan la frecuencia de los factores de riesgo (Olivan, 2010).

De acuerdo con ello, Rosvall, Engström, Berglund y Hegblad (2008) realizaron una investigación con el objeto de estimar la incidencia de factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, la hipertensión arterial (HTA) y la proteína C reactiva (según el estatus socioeconómico) sobre la ECV, resultando que las personas con bajo nivel socioeconómico tenían un mayor riesgo de futuras ECV; es decir, el ajuste de los factores de riesgo depende del nivel socioeconómico relativo, lo cual implica promover nuevos programas destinados a actuar según tales niveles.

Asimismo, Delpierre, Lauwers, Datta, Berkman y Lang (2009) se interesaron por el nivel de educación como un modulador de los factores de riesgo cardiovascular y de la percepción de salud. Estos autores llevaron a cabo un estudio donde el objetivo fue evaluar la relación entre la percepción de salud y factores de riesgos como HTA, hemoglobina glucosilada y colesterol total, dependiendo del nivel educativo y del sexo, resultando que entre menor era el nivel de educación en las mujeres, mayor era el riesgo de patología cardiovascular, mientras que en los hombres no fue significativa esa relación.

Así, Pérez (2003) subraya que el nivel económico elevado “conlleva la aplicación de mejores medidas higiénico-sanitarias, nuevas formas

de alimentación y cambios en el estilo de vida, con lo que disminuyen, e incluso desaparecen, algunas enfermedades, mientras que aumentan otras relacionadas con la nueva situación” (p. 12).

En vista de ello, se estima que 1) a menor edad, mayor es la salud cardiovascular y menor el nivel de riesgo a enfermar; 2) la mujer percibe mejor su estado de salud y al mismo tiempo mantiene cuidados más estrechos respecto a ella, además de que dispone de más factores fisiológicos que la protegen, y 3) el estatus socioeconómico se ha relacionado directa e indirectamente como un factor que protege la salud, de manera que cuanto más altos son los niveles de salario, escolaridad y ocupación, mejor será la salud cardiovascular (Faleiros y Geraldo, 2007).

Factores modificables

Además de los factores no modificables, se encuentran también los modificables, definidos como las características que pueden transformarse con una intervención adecuada, tales como diabetes mellitus, tabaquismo, hipercolesterolemia y dislipemia (Catalán et al., 2014; Cofán, 2014; Royo-Bordonada et al., 2014), patologías psicóticas (Castillo, Fábregas, Bergé, Goday y Vallés, 2014), sedentarismo (Moreno, Cruz y Fonseca, 2014), obesidad (Palomo et al., 2013), periodontitis (Fernández, Rubiano y Martínez, 2013), menopausia (Dosi, Bhatt, Shah y Patell, 2014), depresión, ansiedad, estrés, apoyo social deficiente, patrones de personalidad A y D y hostilidad (Blanco, 2011; Smith y Blumenthal, 2011), insomnio (Canivet, Nilsson, Lindeberg, Karasek y Ostergren, 2014), mala alimentación (Galve et al., 2014) y HTA (Catalán et al., 2014; Galve et al., 2014; Royo-Bordonada et al., 2014). Sin embargo, para efecto de esta revisión, se aborda la HTA por ser el principal factor de riesgo de las ECV.

Hipertensión arterial (HTA)

La HTA es definida por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (2013) como una elevación de la presión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg, o una presión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg, representando así uno de los principales riesgos cardiovasculares.

Esta elevación crónica se clasifica, según su etiología, en primaria, en la cual se desconoce la causa orgánica evidente, aunque se ha indicado que los factores genéticos y ambientales desempeñan un papel importante en su desarrollo, y secundaria o de causa conocida, misma que es resultado de otra enfermedad (Aguilar y Garabito, 2008).

Actualmente, se acepta ampliamente que este factor modificable se encuentra modulado por los estilos de vida, o sea, que el desarrollo y progreso de las ECV mantienen relación con factores comportamentales (Oblitas, 2008).

Factores modificables y estilos de vida saludable

La combinación de dos o más factores de comportamiento producen un efecto acumulativo, e incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de las ECV. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol inciden en estas enfermedades. Como señalan Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdez y Huitrón (2009), “80% de los casos cardiovasculares podrían evitarse si se adoptan estilos de vida saludables” (p. 466).

Al respecto, Matarazzo (1984) (cf. Becoña, Vásquez y Oblitas, 2004) propone que los estilos de vida saludables, tales como dormir siete u ocho horas cada día, desayunar cada mañana, nunca o rara vez comer entre comidas, aproximarse al peso conveniente en función de la talla, no fumar, usar moderadamente el alcohol u optar por un comportamiento sobrio y realizar con regularidad alguna actividad física, contribuyen no sólo a prevenir la enfermedad, sino también a disminuir los costos y obtener beneficios físicos y económicos.

Para entender la relación entre las ECV y los estilos de vida, es necesario definir estos últimos como el “patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de su vida y que se proyecta directamente en la salud, refiriéndose a las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud” (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010, p. 136).

Sin embargo, a pesar de que el área de la psicología de la salud se formó con la finalidad no únicamente de prevenir la enfermedad sino también de promover la salud (Oblitas, 2008), duran-

te mucho tiempo el interés en la psicología se ha centrado en el estudio de la patología y la intervención, por lo que la modificación de los estilos de vida o conductas relacionadas a las ECV se ha orientado a disminuir el riesgo para evitar la enfermedad y no a preservar la salud (Acosta y Sánchez, 2009; Blanco, 2011). Así, son muchas las investigaciones que se enfocan en el riesgo; no obstante que esta orientación ha contribuido a obtener algunos resultados, no ha logrado disminuir la primera causa de muerte (O'Donnell y Elosua, 2008).

Al respecto, Gorrochotegui, Mendoza, Escudero, Vincens y Romero (2008), en un estudio realizado en Venezuela para constatar la presencia de factores de riesgo modificables y de protección, incluyeron a 35 pacientes adultos tras una selección no aleatoria, utilizando para ello un examen clínico rutinario y una entrevista estructurada. Los hallazgos arrojaron que 59% tenían sobrepeso, que los alimentos más consumidos por ellos eran frutas (78%), frituras (68%), pescado (41%) y aceite de maíz (61%), y que las conductas no saludables eran el consumo de tabaco (32.4%) y alcohol (3%); además, descubrieron factores psicológicos de riesgo como estrés (56%) y la tenencia y cuidado de una mascota como un factor de protección (78%). En conclusión, identificaron factores de riesgo y de protección, algunos en baja proporción, no así otros.

De esta manera, aunque en el país se realizan estudios tomando en cuenta los factores protectores, estos se limitan al cuidado de una mascota o a elementos de orden alimentario, pero sin incorporar factores psicológicos.

El desarrollo que ha predominado en la psicología a lo largo del tiempo se ha centrado en la debilidad humana en general, dando lugar a un enfoque patogénico, lo que ha propiciado que a la psicología se le considere psicopatológica. Debido a esta aproximación, la misma psicología ha desarrollado una estrategia dirigida a acentuar las fortalezas y factores protectores de los seres humanos, aspectos que en la actualidad intenta enfatizar la psicología llamada *positiva* (Park, Peterson y Sun, 2013).

LA PSICOLOGÍA POSITIVA

En los últimos años, se han producido cambios en una visión de las intervenciones en psicología basada en la necesidad de ofrecer una alternativa distinta a la de la patologización, evidenciándose las intervenciones desde el foco positivo, más allá de simplemente el riesgo. Las investigaciones han sugerido que un próximo reto para el campo de la psicología será centrarse en los aspectos positivos y fortalecerlos, y no sólo actuar en el tratamiento sino también en la prevención primaria, es decir, antes del diagnóstico médico. Lo anterior aporta beneficios económicos y de tiempo en virtud de que, una vez que aparece la patología, los gastos de tiempo y dinero disminuyen.

Así es como surge en 1990, por iniciativa de Seligman, la *psicología positiva* en respuesta a esas carencias, marcando sus inicios formales con su interés hacia el desarrollo de las potencialidades del ser humano. Dicha psicología se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, previendo y reduciendo la incidencia de psicopatología, a la vez que promueve las potencialidades humanas (Park et al., 2013).

Este es precisamente el objetivo de la psicología positiva: desarrollar fortalezas para potenciar las habilidades psicológicas que ayuden a promover la salud (Contreras y Esguerra, 2006).

Así pues, en vista de que el énfasis en la patología creó un vacío importante en el estudio de los aspectos positivos del ser humano, es por lo que se ha generado este movimiento en la psicología, enmarcado en un modelo salutogénico, que conceptúa el bienestar como un estado integrado por la satisfacción con la vida y por fortalezas o rasgos positivos, considerando estas dimensiones como factores promotores de la salud (Garassini y Zavarce, 2010).

Por ende, el citado enfoque analiza dos dimensiones del ser humano: las emociones positivas y las fortalezas, tales como el optimismo, la creatividad, la gratitud, la sabiduría y la resiliencia, todo lo cual origina un bienestar en la persona (Oblitas, 2008).

En primer lugar, Blanco (2011) define las emociones positivas como “una respuesta episódica que inicia con una valoración cognitiva, caracterizada por una experiencia subjetiva placentera y agradable, con expresiones corporales y cambios fisiológicos, y una respuesta cognitiva que promueve repertorios de pensamientos amplios, facilitando la adaptación y resolución de dificultades” (p. 106).

De esta manera, las emociones positivas tienen un efecto protector sobre la salud física, ya que se asocian con respuestas biológicas que pueden redundar en un menor desarrollo de aterosclerosis y de enfermedades en general. Además, se asocian con otras conductas que son benéficas para el cuidado de la salud, como la adopción de hábitos alimentarios y de ejercicio físico, el cumplimiento de medidas de prevención y de adherencia a los tratamientos y la adopción de decisiones apropiadas ante los problemas eventuales de la salud en general. Por ello, dicho enfoque ha generado un aumento considerable en la investigación de los factores positivos (Smart, Kubzansky, Maselko, Ackerson y Bauer, 2009; Tajer, 2012).

En segundo lugar se encuentran las fortalezas, entendidas como aquellas “características estables que posee la persona, que son valoradas como positivas y que potencian su bienestar, a la par de que actúan como barrera contra los malestares tanto mentales como físicos” (Feldman y Rojas, 2010, p. 53).

Cada dimensión postula el bienestar de las personas de diferentes maneras. Primeramente, la perspectiva hedónica se basa en la presencia de emociones positivas, como felicidad, amor y alegría, y en la disminución de las emociones negativas, tales como tristeza o ira, entre otras; en segundo término, se encuentra la representación eudaimónica, la cual propone que se puede vivir de forma plena dando cabida a las potencialidades humanas, tales como optimismo, la creatividad, la resiliencia y la confianza en sí mismo, entre otras, por lo que la psicología positiva se basa tanto en elementos emocionales positivos como en las fortalezas humanas (Oblitas, 2008; Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Como se puede ver, este enfoque no únicamente engloba a personas con alguna enfermedad física o mental ya instaurada, sino precisamente

a las personas que aún se encuentran sanas, como es el caso de las personas en riesgo (Garassini, 2010).

En este sentido, la aplicación de este nuevo enfoque de protección y promoción en la psicología, dirigido a contribuir al estudio de las condiciones y procesos relacionados con el desarrollo óptimo de los individuos, grupos e instituciones, ha hecho que sus aportes hayan dejado una huella en distintos campos de intervención, principalmente en las áreas clínica, educativa y de la salud, al promover los factores de protección (Guerrero, 2013).

De esta manera, la presente revisión se centra en la perspectiva citada, dando así un giro al interés en el estudio del riesgo que hasta ahora ha tenido la psicocardiología. Para tal estudio, se han elegido las variables de resiliencia, apoyo social percibido y autoeficacia, en vista de su importancia en las investigaciones revisadas, toda vez que son las variables que más se han documentado y con más influencia en el área de los estilos de vida saludable.

Factores protectores y salud

Se entienden como factores de protección todas “aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Al aumentar estos factores, disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar” (Hernández y García, 2007, p. 120).

Seligman (1990) (cf. Oblitas, 2008) propone las emociones positivas como factores de protección y las divide en tres categorías: relacionadas con el pasado, el presente y el futuro. Las relacionadas al pasado incluyen la satisfacción, la alegría, el orgullo y la serenidad. Las vinculadas al presente abarcan los placeres y la satisfacción, y, por último, las propias del futuro se refieren al optimismo, la esperanza y la confianza.

Además, estas emociones positivas se ven afectadas por una variedad de elementos personales, como las variables cognitivas y sociales, llamadas *fortalezas*, entre ellas la creatividad, la perspectiva, la valentía, la perseverancia, el sentido de la vida, la autoconfianza, el apoyo social

o apoyo de equipo y la resiliencia (Feldman y Rojas, 2010).

Resiliencia

De estas fortalezas, se pone énfasis en la resiliencia, la cual intenta dar cuenta de las situaciones de desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo, y que surge como un constructo teórico orientado a la promoción de procesos que logran superar las situaciones adversas iniciales. Los abordajes caracterizados por una perspectiva positiva pueden evitar la patologización y cronificación de ciertos problemas sociales, ampliando así el repertorio de respuestas posibles en cada situación (Llobet y Wegsman, 2004).

Este constructo es definido por Wagnild y Young (1993) (cf. Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustfson y Brulin, 2007) como la característica de la personalidad que regula los efectos negativos del estrés y promueve la adaptación, la cual se encuentra compuesta por cinco características: una visión equilibrada de la vida, un sentido de propósito en la vida, la habilidad para luchar a pesar de las dificultades, el reconocimiento de la vida de cada individuo como única, y la creencia en sí mismo y sus capacidades. Por su parte, Grotberg (1995) (cf. Fiorentino, 2008) afirma que la resiliencia es la “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas” (p. 99).

Vista así, pareciera que la resiliencia es estática; sin embargo, no es una habilidad o capacidad que se adquiere de una vez y para siempre. Es resultado de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza de la situación, el contexto y la etapa de la vida, y que puede evidenciarse de diferentes maneras (Carretero, 2010).

Así, Wagnild y Young (1993) (cf. Salgado, 2005) proponen evaluar cinco dimensiones de la resiliencia en adultos, tomando igualmente las fortalezas propuestas por el enfoque positivo: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien en soledad.

Hay estudios que avalan la relación entre la resiliencia y la salud al considerar aquélla como un mecanismo protector saludable. Costa, Baroncini, Forcada, Carrizo y Almada (2010) llevaron a

cabo un estudio para determinar si la baja resiliencia frente al estrés psicosocial crónico se asocia a HTA y daño de órgano blanco en pacientes ambulatorios libres de tratamiento, y comprobar si esta posible asociación tiene relación con el patrón de activación neurohormonal. Los resultados sugieren que los individuos con estrés psicosocial crónico y baja resiliencia tienen un alto riesgo de desarrollar HTA.

Ante los problemas de salud, sin duda es importante identificar las características o factores que puedan promover la resiliencia, como el optimismo, la autoeficacia, el afrontamiento activo y el apoyo social, en cuanto que aportan recursos que fomentan en general la adaptación positiva (Smith et al., 2008).

Así, la resiliencia no es un recurso que se forma de la nada, sino que es promovida por factores protectores como la autoeficacia, el apoyo social del sistema familiar y aquellos provenientes de la comunidad. Sin embargo, el carácter protector que adquieren estos factores se lo otorga la interacción que cada uno de ellos tiene con el medio en momentos determinados (Fiorentino, 2008).

Así pues, se han destacado varios factores que promueven la resiliencia, y entre ellos se encuentra la autoeficacia generalizada (AEG) como un elemento que, además de formar parte del enfoque resiliente, también es un factor que por sí solo tiene relación directa con los estilos de vida saludable y, por tanto, con la salud.

Autoeficacia generalizada

La teoría de la autoeficacia es una propuesta basada en un modelo unificador para explicar el cambio conductual, que interpreta la motivación como una actividad que se manifiesta de forma espontánea, sin minimizarla como una reacción ante un estímulo específico. El término fue propuesto por Albert Bandura (1997), quien la define como un sentimiento de confianza en las propias capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales (cf. también Ríos, Sánchez y Godoy, 2010).

La autoeficacia influye sobre el modo de pensar, sentir y actuar, de manera que si alguien ha desarrollado la convicción en su propia capacidad para superar los retos que le plantea la vida, pensará que los puede resolver, se sentirá seguro al

momento de emprender una tarea, la motivación para el esfuerzo que tendrá que hacer será alta y llevará a cabo las acciones necesarias para lograrla. Así pues, se relaciona directamente con estilos de vida saludable, por lo que es razonable pensar que a mayores expectativas de autoeficacia, mayor es la posibilidad de afrontar los estresores vitales; a la vez, permite a las personas apreciar un mejor estado de salud y llevar a cabo conductas más saludables que protejan de la enfermedad (Olivari y Urrea, 2007).

Esta teoría considera dos conceptos: la expectativa de autoeficacia y la expectativa de resultado. La expectativa alude a la creencia que la persona tiene en cuanto a poseer o no las condiciones (habilidades) requeridas para ejecutar una acción, mientras que el resultado supone la creencia de que esa acción conduce a ese resultado. Tanto las expectativas de autoeficacia, influidas por las creencias sociales y culturales, como de resultado intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo (Melo y Castanheira, 2010). Estos autores subrayan que hay una relación entre la autoeficacia y las conductas de salud específicas, utilizándose la percepción de la primera en distintas áreas, como las de “elección vocacional, comportamiento saludable, funcionamiento físico, consecución de metas, manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o evitar potenciales riesgos para la salud” (p. 658). Es decir, elevados niveles de autoeficacia traen consigo consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar.

Es evidente entonces que la AEG es un constructo utilizado en las mencionadas conductas, tan diversas en los distintos dominios de salud (Olivari y Urrea, 2007).

Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buunk (2009) realizaron un estudio en 359 personas cuyo objetivo fue analizar si la AEG y la percepción de control presentan diferencias significativas en cuanto a la intención y las conductas predictivas de las ECV. Los datos muestran que la AEG influye positivamente sobre la intención y sobre la conducta preventiva, mientras que la percepción de

control influye negativamente en la intención pero no en la conducta.

Por otra parte, Warren, Seymour y Brunner (2012) estudiaron la asociación entre la autoeficacia y las conductas de autocuidado en 190 pacientes afroamericanos con hipertensión arterial. Los resultados reflejan que más de la mitad de los participantes reportaron tener una buena autoeficacia para llevar a cabo conductas de autocuidado. Además, aquella se asoció de un modo estadísticamente significativo con una mayor prevalencia de la adhesión a la medicación, a una dieta baja en sal, a más participación en la actividad física, a no fumar y a practicar técnicas de control de peso.

Las investigaciones anteriores muestran que si bien la autoeficacia se revela como una variable que forma parte de la resiliencia, también se relaciona con un estilo de vida que promueve la salud (Cid, Merino y Stiepovich, 2006; Katch y Mead, 2010).

De esta manera, se observa cómo la resiliencia y la autoeficacia se desarrollan en interacción con otras variables, por lo que es importante tomar en cuenta el apoyo social como uno de los elementos que influyen sobre ellas y, por ende, sobre el estilo de vida asociado a la salud.

Apoyo social percibido

El apoyo social se refiere a la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar en momentos de adversidad, quienes hacen posible enfrentar mejor las situaciones de estrés (Vegas y González, 2009).

De acuerdo con Pacheco, Suárez y Angelucci (1998), el apoyo social puede funcionar como un factor protector de la salud, y de ahí la recuperación más rápida de una enfermedad en cuanto que reduce los riesgos asociados a ella; al efecto, se diferencian los apoyos sociales de tipo familiar, las amistades o los compañeros de estudio y trabajo, los cuales son también influidos por la edad y el sexo.

Al considerar algunos de los roles que desempeña el apoyo social con respecto a la salud, se hace indispensable evaluar la influencia que pueden tener variables como las sociodemográficas al momento de examinar los efectos de dicho apoyo. Por ejemplo, en relación con el sexo, se ha repor-

tado que “las mujeres tienden a percibir más apoyo social que los hombres [...] en consecuencia, disminuye el reporte de síntomas tanto físicos como psicológicos por parte de éstas. Asimismo, el apoyo social decrece con la edad” (Pacheco et al., 1998, p. 157).

En este sentido, el apoyo social influye sobre la autoeficacia y la resiliencia, pero a la vez es influido por la edad y el sexo, por lo que a mayor edad, menor apoyo percibido, así como ser mujer contribuye a la mayor percepción del mismo.

Sin embargo, es necesario diferenciar el apoyo social percibido del recibido, definiéndose el primero como la valoración cognitiva y subjetiva de estar rodeado por personas de confianza con las que se puede contar en momentos de crisis, y el segundo como el soporte objetivo o real para llevar a cabo una conducta de ayuda, bien sea instrumental, emocional o informativa (Vegas y González, 2009).

Además de la relación entre el apoyo social y el bienestar, se ha encontrado evidencia de que el apoyo social percibido tiene un impacto mayor en la salud que el apoyo social recibido. Al respecto, Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom (1987) hacen énfasis en que el apoyo social percibido tiene un papel moderador en todas las áreas de ajuste, como la salud física, el bienestar psicológico y las conductas en general. Estos autores resaltan la importancia de evaluar las fuentes de las que proviene el apoyo social y la cantidad del mismo que recibe el individuo. Plantean, además, la importancia de las diferencias que se pueden hallar en personas de distinto sexo.

Así, la influencia del apoyo social en la salud se caracteriza porque interviene en la reducción de las situaciones estresantes al modular la presión sanguínea, producir efectos sobre el sistema inmunológico y endocrino de las personas, y promover conductas saludables, tales como evitar consumir alcohol y drogas, hacer dieta o realizar ejercicios, entre muchas otras (Pacheco et al., 1998).

De esta manera, se ha planteado que el apoyo social percibido consiste “en la información y recursos que ofrecen otras personas del entorno que minimizan la percepción de amenaza, maximizan la percepción actual de control y facilitan

la acción directa y anticipatoria de los modos de comportamiento” (Vives, 2007, p. 4).

Sin embargo, hasta ahora, a pesar de los avances, hay muchas deficiencias en esta área de estudio, pues existe gran diversidad en la medición del apoyo social y el poco consenso acerca de cómo debería definirse (Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002). Algunos autores refieren el efecto modulador que tiene sobre el estrés, y otros manifiestan su relación indirecta sobre la salud a través de otras variables, como por ejemplo la resiliencia (Rondón, 2011).

A pesar de tales limitaciones, no se puede negar su relación directa o indirecta con la salud, de manera que la presencia de un apoyo incondicional de al menos una persona significativa y de algunos factores comunitarios, como la escuela y los vecinos, facilitarían los estilos de vida y acentuarían la fortaleza de la resiliencia; por tanto, además de desarrollar ciertos factores internos, es importante afianzar los apoyos externos que promueven la resiliencia mediante programas que incluyan la participación comunitaria (Fiorentino, 2008).

Al respecto, Grant (2013) realizó un estudio cuyo propósito fue determinar si el conocimiento sobre la hipertensión, la expectativa de atención y el apoyo social son predictores de la adherencia a los medicamentos prescritos, enmarcada por el modelo de adaptación de Roy, en 387 pacientes afroamericanos de 27 a 83 años con diagnóstico de hipertensión arterial. Los resultados indican que la expectativa de atención y el apoyo social resultaron ser predictores significativos de dicha adherencia. A su vez, el conocimiento que tenían los pacientes sobre la hipertensión no resultó ser un predictor de la misma, por lo que el autor concluye que el apoyo social es un predictor significativo de la salud cardiovascular.

La Rosa, Martín y Bayarre (2007) hicieron un estudio descriptivo de corte transversal con la finalidad de estudiar los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica, para lo que utilizaron una muestra de 263 pacientes hipertensos de nacionalidad cubana. Los resultados más relevantes fueron que las creencias que tenían los pacientes acerca del tratamiento como benéfico para la salud (86%), los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad (86%),

el afrontamiento al tratamiento con autoeficacia (93%) y la percepción de suficientes redes de apoyo social (78%) eran los factores que más se asociaban a la adherencia terapéutica, encontrándose también que el apoyo social suficiente tenía un alto significado para esa adherencia (81%), en comparación con el insuficiente (9.5%).

Por otra parte, si bien se ha considerado el rol que tiene el apoyo social vinculado a los efectos beneficiosos en la salud y el bienestar, es necesario valorar el poder que tienen la edad y el sexo sobre esta variable, verificando si el ser mayor de edad y varón implica percibir un menor apoyo social.

Matud et al. (2002) analizaron la relación que existe entre el apoyo social y la salud dependiendo del sexo. La muestra estuvo formada por 2,169 personas adultas de la población general en España. Los resultados arrojaron que el sexo femenino tienen más ventajas en cuanto a la percepción de apoyo social, dependiendo de la edad y de factores familiares como el número de hijos, en comparación con los hombres, que perciben menos apoyo y le dan menos importancia al número de hijos. Además, las mujeres solteras declararon percibir más apoyo social que los hombres, pudiéndose apreciar por consiguiente que la diferencia de sexo tiene alguna influencia sobre la percepción de dicho apoyo.

CONSIDERACIONES FINALES

Las investigaciones revisadas muestran que hay diversas variables asociadas a las intervenciones efectivas en el área de la salud; sin embargo, hasta hoy su interés principal ha sido el riesgo, y aunque tal enfoque ha contribuido al avance en la predicción y el control de patologías, las intervenciones se ven limitadas, pues cuando el riesgo es elevado, la intervención se ve determinada por el nivel de avance de la patología y el riesgo presente. Así, la contribución teórica del ámbito de la psicología positiva es precisamente analizar y dilucidar un foco distinto al biomédico, partiendo de que, aun existiendo el riesgo, es posible desarrollar factores protectores que permitan contrarrestarlo; es decir, son dos caras de la misma moneda: mientras que el riesgo posibilita la enferme-

dad, el factor de protección evita que ésta aparezca o minimiza su impacto, de forma que desarrollar estos últimos acarrea beneficios a la salud.

Gracias a las investigaciones teóricas en esta área, el abanico de intervenciones se ha visto considerablemente enriquecido. Al verse estas variables como promotoras de salud, en la práctica se desarrollan o fortalecen habilidades que hacen que el paciente se incorpore como un agente activo en su tratamiento, y sobre todo permiten formular un diagnóstico, incluso habiendo variables de riesgo, evitando así la tan acostumbrada patologización y colocando al paciente como un ente activo en su propia vida, que promueve y actúa sobre su propio bienestar.

A la luz de múltiples tendencias a investigar en esta área, la psicología positiva enfrenta un reto como eje fundamental en las intervenciones en los nuevos tiempos. Este campo ofrece una oportunidad para reorientar o reconstruir ciertas concepciones o perspectivas psicológicas, sobre todo aquellas relacionadas al campo clínico, vinculado al logro y el mantenimiento de la salud, en detrimento del poder que se ha concedido a la enfermedad, aportando así un elemento teórico-práctico para el avance de la psicología. Si bien es importante la intervención del riesgo, lo es al mismo tiempo la promoción de fortalezas dirigidas a maximizar el bienestar humano.

Estas fortalezas (resiliencia, apoyo social percibido y autoeficacia generalizada) ayudan a la persona a usar las herramientas adecuadas cuando ocurre alguna perturbación en su salud, como en

el caso de los riesgos, y es que es evidente que los factores de riesgo y de protección no son excluyentes entre sí, aunque hasta ahora se intervenía en una sola cara de la moneda. Abordar los dos elementos permite ver el proceso de salud-enfermedad como un continuo que hay que mantener y no solamente como un escalón al que hay que llegar, como un continuo en el que los riesgos y las fortalezas interactúan entre sí conviviendo en un solo mundo, que es la persona y su entorno.

“Intervenir” es una palabra que ha sido utilizada en la psicología pero que ha sido limitada solamente al trabajador de la salud. No obstante, una de las ventajas de desarrollar habilidades positivas es hacer que el paciente sea el mismo ente generador de cambios en su propia salud, el único que posibilite el uso de la herramienta psicológica activamente; un ejemplo es que no es igual que una persona se enfrente a una situación difícil sintiéndose capaz de llevar a cabo la tarea, que sintiéndose desposeído de las habilidades necesarias, y ello ocurre con la autoeficacia. Desarrollar la autoeficacia en una persona ayuda a cambiar su auto-percepción y posición en muchas situaciones relacionadas a la salud y a la vida en general. Lo mismo ocurre con la resiliencia y el apoyo que perciban las personas.

Finalmente, el reto no sólo se restringe a seguir fortaleciendo el área positiva en la psicología, sino a integrar los aspectos teóricos en la práctica clínica tomando en cuenta las intervenciones de riesgo-fortalezas, lo que hace posible destacar la multicausalidad de la conducta.

REFERENCIAS

- Acosta, I. y Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Adler, N.E. y Ostrove, J.M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't, En N. E. Adler, M. G. Marmot, B. S. McEwen y J. Stewart (Eds.): *Annals of New York Academy of Sciences, Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways*, vol. 896 (pp. 3-15). New York: The New York Academy of Sciences.
- Aguilar, J. y Garabito, R. (2008). Infarto agudo de miocardio. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 5(8), 102-114.
- Alfonzo, F., Bermejo, J. y Segovia, J. (2006). Enfermedad cardiovascular en la mujer: ¿Por qué ahora? *Revista Española de Cardiología*, 59(3), 259-263.
- Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y Martín, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: el reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 213-227.

- American Psychological Association Task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems, and potentials. *American Psychologist*, 31, 263-274.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Becerra, A., Lugo, I. y Reynoso, L. (2013). Terapia de activación conductual en pacientes oncológicos: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 10(1), 163-168.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación en Detalle*, 5. Disponible en línea: [línea\]http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm](http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm)
- Blanco, J. (2011). Emociones “positivas” y salud cardiovascular. En Y. Cañoto, G. Peña y G. Yaber (Eds.): *Tópicos en Psicología de la Salud*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson.
- Canivet, C., Nilsson, P., Lindeberg, S., Karasek, R. y Ostergren, P. (2014). Insomnia increases risk for cardiovascular events in women and in men with low socioeconomic status: A longitudinal, register-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4), 292-299. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.001.
- Carpí, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J. y Buunk, A. (2009). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2), 423-432.
- Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27(3).
- Castillo, M., Fábregas, M., Bergé, D., Goday, A. y Vallés, J. (2014). Psicosis, riesgo cardiovascular y mortalidad asociada: ¿vamos por el buen camino? *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 26(1), 23-32.
- Catalán, A., Verdú, J., Grau, M., Iglesias, M., Val, J., Consola, A. y Comín, E. (2014). Prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular en la población general: ¿qué nos dice la historia clínica electrónica? *Atención Primaria*, 46(1), 15-24.
- Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdez, R. y Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. *Salud Pública de México*, 51(6), 465-473.
- Cid, P., Merino, J. y Stieповich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1491-1499.
- Cofán, M. (2014). Mecanismos básicos: Absorción y excreción de colesterol y otros esteroides. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 26(1), 41-47.
- Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319.
- Costa, S., Barontini, M., Forcada, P., Carrizo, P. y Almada, L. (2010). Psychosocial stress and low resilience: a risk factor for hypertension. *Revista Argentina de Cardiología*, 78(5), 425-431.
- Cuevas, S. (2008). *Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en el proceso de envejecimiento y su relación con el estrés oxidativo. Estudio piloto observacional*. Tesis inédita de doctorado. Murcia (España): Universidad de Murcia.
- Dalmida, S., Koenig, H., Holstad, M. y Wirani, M. (2013). The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. *International Journal of Psychiatry & Medicine*, 46(1), 57-83.
- Deechakawan, W., Heitkemper, M., Cain, K., Burr, R. y Jarrett M. (2014). Anxiety, depression, and catecholamine levels after self-management intervention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Nursing*, 37(1), 24-32.
- Delpierre, C., Lauwers, V., Datta, G., Berkman, L. y Lang, T. (2009). Impact of social position on the effect of cardiovascular risk factors on self-rated health. *American Journal of Public Health*, 99(1), 1278-1284.
- Dosi, R., Bhatt, N., Shah, P. y Patell, R. (2014). Cardiovascular disease and menopause. *Journal of Clinical Diagnosis Research*, 8(2), 62-64. doi: 10.7860/JCDR/2014/6457.4009.
- Dunn, S., Putallaz, M., Sheppard, B. y Lindstrom, R. (1987). Social support and adjustment in gifted adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 79(4), 467-473.
- Faleiros, L. y Geraldo, A. (2007). ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos? *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(5), 929-935.
- Feldman, L. y Rojas, R. (2010). Fortalezas del carácter y salud. En M. Garassini, C. Camilli y A. Millán (Eds.): *Psicología positiva: estudios en Venezuela*. Caracas: Publicaciones Monfort.
- Fernández, E., Rubiano, C. y Martínez, M. (2013). Relación entre enfermedad periodontal y cardiovascular. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones*, 245, 130-136.
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113.
- Franks, P., Winters, P., Tancredi, D. y Fiscella, K. (2011). Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socio-economic status and coronary heart disease? *BMC Cardiovascular Disorders*, 1, 11-28.

- Galve, E., Alegría, E., Cordero, A., Fácila, L., Fernández, J. y Lluís-Ganella, C. (2014). Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 67(3), 203-210.
- Garassini, M. (2010). Fluidez o experiencia óptima; el mantenimiento del bienestar. En M. Garassini, C. Camilli y A. Millán (Eds.): *Psicología positiva: estudios en Venezuela*. Caracas: Publicaciones Monfort.
- Garassini, M. y Zavarce, P. (2010). Historia y marco conceptual de la psicología positiva. En M. Garassini, C. Camilli y A. Millán (Eds.): *Psicología positiva: estudios en Venezuela*. Caracas: Publicaciones Monfort.
- Georgieva, R. (2007). *Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiante en la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y periférica*. Tesis inédita de Doctorado. Granada: Universidad de Granada.
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, A. y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Gorrochotegui, M., Mendoza, L., Escudero, A., Vincens, A. y Romero, E. (2008). Evaluación de factores protectores y de riesgo cardiovascular en el municipio Macarao, Distrito Capital, Venezuela. *Informe Médico*, 10(4), 179-193.
- Grant, A. (2013). *Hypertension knowledge, expectation of care, social support and adherence to prescribed medications of African Americans with hypertension framed by the Roy adaptation model*. Doctoral Thesis. New York: The City University of New York.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: streng-hening the human spirit. The International Resilience Project*. La Haya: Bernard Van Leer Foundation.
- Guerrero, J. (2013). Comportamiento sexual de protección en adolescente: un enfoque desde la psicología positiva. *Mayéutica, Revista Científica del Decanato Experimental de Humanidades y Artes*, 1(1), 20-39.
- Gupta, M. y Knapp, K. (2014). Cardiovascular and psychiatric morbidity in obstructive sleep apnea (OSA) with insomnia (sleep apnea plus) versus obstructive sleep apnea without insomnia: A case-control study from a nationally representative US sample. *PLoS One*, 9(3), 1-21. doi: 10.1371/journal.pone.0090021.
- Hernández, M. y García, H. (2007). Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30(2), 119-123.
- Jain, V., Shivkumar, S. y Gupta, O. (2014). Health-related quality of life (HR-QOL) in patients with type 2 diabetes mellitus. *North America Journal of Medical Sciences*, 6(2), 96-01. doi: 10.4103/1947-2714.127752.
- Jeemon, P. y Reddy, K. (2010). Social determinants of cardiovascular disease outcomes in Indians. *Indian Journal of Medical Research*, 132, 617-622.
- Katch, H. y Mead, H. (2010). The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: A review of effective programs. *Patient Intelligence*, 2, 33-44.
- La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23, 1-5.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15(1), 143-170.
- Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustfson, A. y Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 229-237.
- Llobet, V. y Wegsman, S. (2004). El enfoque de la resiliencia en los proyectos sociales: perspectivas y desafíos. *Diversitas*, 13(1), 143-152.
- Matarazzo, J.D. (1984). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.
- McAllister, S.J., Vincent, A., Hassett, A.L., Whipple, M.O., Oh, T.H., Benzo, R.P. y Toussaint, L.L. (2013). Psychological resilience, affective mechanisms and symptom burden in a tertiary-care sample of patients with fibromyalgia. *Stress Health*. doi: 10.1002/smi.2555.
- Melo, D. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18, 655-662.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). *Anuario de mortalidad 2010*. Disponible en línea: www.mpps.org.ve/anuario2010.pdf.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). *Anuario de mortalidad 2011*. Disponible en línea: www.mpps.org.ve/anuario2011.pdf.
- Moreno, J., Cruz, H. y Fonseca, A. (2014). Evaluación de razones de prevalencia para sedentarismo y factores de riesgo en un grupo de estudiantes universitarios. Chía, Colombia. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 13(2), 114-122.

- O'Donnell, C. y Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología*, 61(3), 299-310.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV Psicología*, 16(1), 9-38.
- Olivan, S. (2010). *Influencia de la personalidad y factores psicosociales en la insuficiencia cardiaca*. Tesis inédita de Doctorado. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Olivari, C. y Urrea, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *World Health Organization Expert Committee (1993) Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. (Report of a WHO expert comité)*. Disponible en línea: <http://www.who.int>.
- Pacheco, A., Suárez, L. y Angelucci, L. (1998). Diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre la salud percibida en estudiantes universitarios. *Suma Psicológica*, 5(2), 149-191.
- Palomo, E., Giralt, P., Ballester, M., Ruiz, R., León, A. y Giralt, J. (2013). Prevalencia de obesidad y de factores de riesgo cardiovascular en una población de pacientes pediátricos con diabetes tipo II. *Anales de Pediatría*, 78(6), 382-388.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Pelegrín, A., García, F. y Garcés, E. (2009). Prevención de los trastornos cardiovasculares: una propuesta de actuación desde la actividad física y el entrenamiento psicológico. *Psicología y Salud*, 19(2), 261-269.
- Pérez, K. (2003). *Factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular en zona urbana del municipio de Moyuta, departamento de Jutiapa, agosto-octubre 2003*. Tesis inédita de Licenciatura. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Peterson, C. y Kim, E. (2011). Psychological interventions and coronary heart disease. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 563-575.
- Pokladnikova, J. y Selke, I. (2013). Effectiveness of a comprehensive lifestyle modification program for asthma patients: a randomized controlled pilot trial. *Journal of Asthma*, 50(3), 318-326. doi: 10.3109/02770903.2012.759587.
- Ríos, M., Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Rodríguez, T. (2012). Consideraciones para el tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares desde la psicocardiología y la sexología clínica. *Revista Psicología Científica.com*, 14(24). Disponible en línea: <http://www.psicologiacientifica.com/tratamiento-pacientes-enfermedades-cardiovasculares-psicocardiologia-sexologia-clinica>.
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 126-162.
- Rosvall, M., Engström, G., Berglund, G. y Hedblad, B. (2008). C-reactive protein, established risk factors and social inequalities in cardiovascular disease - the significance of absolute versus relative measures of disease. *BMC Public Health*, 8, 1456-1466.
- Royo-Bordonada, M., Lobos, M., Brotons, C., Villar, F., Pablo, C., Armario, P., Cortés, O., Gil, A., Lizcano, A., Santiago, A. y Sans, S. (2014). El estado de la prevención cardiovascular en España. *Medicina Clínica*, 142(1), 7-14.
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Diversitas*, 11, 41-48.
- Santín, J. (1999). *Hipertensión arterial: factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco, alcohol y menopausia)*. Tesis inédita de Doctorado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Segura, L., Agustí, R. y Parodi, J. (2006). Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL). *Revista Peruana de Cardiología*, 32(2), 82-128.
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf (Nueva edición, 1998, Free Press).
- Smart, L., Kubzansky, L., Maselko, J., Ackerson, K. y Bauer, M. (2009). The relationship between mental vitality and cardiovascular health. *Psychology and Health*, 24(8), 919-932.
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933.
- Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 66(10), e1-e64.
- Tajer, C. (2012). Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 80(4), 325-332.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, 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.

- Vegas, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería*, 16, 1-11.
- Vives, A. (2007). Estilos de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica.Com*. Disponible en línea: [http:// www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-307-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-307-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.pdf).
- Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 65-178.
- Warren, J., Seymour, R. y Brunner, L. (2012). The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health*, 37(1), 15-24. doi: 10.1007/s10900-011-9410-6.
- Williams, E., Kooner, I., Steptoe, A. y Kooner, J. (2007). Psychosocial factors related to cardiovascular disease risk in UK South Asian men: A preliminary study. *British Journal of Health Psychology*, 12, 559-570.