

Enfermedades Crónicas desde dos Dimensiones de la Psicología Positiva: El Fluir y la Personalidad Resistente

Chronic Diseases from two Dimensions of Positive Psychology: Flow state and Resistant Personality

Recepción: 25 de octubre de 2021 / Aceptación: 1 de diciembre de 2021

Piedad Liliana Lopez Bustamante¹
Andrea C. Martínez Suarez²
Sofía Londoño Martínez³
Martin Velarde Borjas⁴

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol10.num20.563>

Resumen

Este artículo es una revisión teórica en el tema de las enfermedades crónicas desde dos dimensiones de la psicología positiva: el fluir y la personalidad resistente, con el objetivo de examinar estudios empíricos que se han desarrollado en los últimos años para determinar la importancia de estos factores y ampliarlos conceptualmente. En primer lugar, se precisa el entendimiento del proceso salud- enfermedad, profundizando en el concepto de enfermedad crónica, para luego remitirse al tópico de la psicología positiva propuesto por Martin Seligman, teniendo en cuenta su relevancia en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se revisaron metódicamente las fuentes bibliográficas; asimismo, se eligieron artículos, reportes de investigación y diferentes revistas científicas indexadas en bases

1 Doctora en Psicología Universidad Católica de Argentina, Magíster en Psicología Universidad San Buenaventura. Especialista en Psicopatología Universidad de Barcelona. Psicóloga Universidad San Buenaventura. Docente interna Universidad Pontificia Bolivariana Sede Medellín. Correo electrónico: piedad.lopez@upb.edu.co, ORCID: 0000-0002-6942-4720

2 Estudiante de Psicología Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo electrónico: andrea.martinez@upb.edu.co

3 Estudiante de Psicología Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo electrónico: sara.londono@upb.edu.co

4 Magíster en Docencia para la Educación Superior UNERMB. Especialista en Psicología Clínica y Salud Mental Universidad Pontificia Bolivariana. Psicólogo URU. Docente Catedra Universidad Pontificia Bolivariana Sede Medellín. Correo electrónico: martin.velarde@upb.edu.co

de datos electrónicas a nivel nacional e internacional. Los resultados dan cuenta de la relevancia de la psicología positiva en la salud de las personas al trabajar desde el conocimiento y la aceptación de las circunstancias, desarrollando estrategias que facilitan la resiliencia y estimulación de emociones positivas; e incluso en la enfermedad, a partir de los constructos de personalidad que permiten un estilo de funcionamiento resistente al estrés y a los efectos negativos sobre la salud, además, a partir de la presencia del *fluir*, se contribuye a un mayor afecto positivo y a un aumento de la satisfacción vital en la vida posterior. Finalmente se concluye que tanto el *fluir* como la personalidad resistente influyen de manera efectiva en cómo las personas afrontan su enfermedad crónica.

Palabras clave. *fluir, emociones positivas, enfermedad crónica, personalidad resistente*

Abstract

This article presented below is a theoretical review on the topic of chronic diseases from two dimensions of positive psychology: flow and resistant personality, with the objective of examine empirical studies that has been developed in the last few years to determinate the importance of these factors and enhance them conceptually. Beginning with the understanding of what health-disease process is, to emphasize the concept of chronic disease and then refer to the topic of positive psychology proposed by Martin Seligman, identifying the importance in health promotion and disease prevention as a method, the authors reviewed methodically the sources, in addition, articles, research reports, and indexed scientific has been carefully chosen from national and international indexes. The results showed about the relevance of positive psychology in health when people work from knowledge and acceptance of the circumstances, developing strategies, to facilitate resilience and positive emotions, even in sickness, from the flow perspective, this contributes to a bigger positive affect and a raise on vital satisfaction on latter life. With this article, it was possible to conclude that the flow and the resistant personality determinates on an effective way how the people cope with their disease.

Keywords: flow, positive emotions, chronic disease, resistant personality

Introducción

Las enfermedades se clasifican en *agudas*, que son de comienzo súbito, evolución y resolución rápida, son de corto plazo, o *crónicas*, de comienzo lento, de largo plazo y mantenidas en el tiempo (Sánchez, 2019), llamadas también Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), las que son un conjunto de patologías que se caracterizan por ser de larga evolución, de progresión lenta y sobre todo por carecer de una cura completa, lo que hace necesario tratamientos permanentes, teniendo en cuenta que han sido la principal causa de muerte en el mundo (Ramos et al., 2017).

Es posible disminuir el avance de estas enfermedades si se manejan adecuadamente con el uso de medicamentos y modificaciones en el estilo de vida; sin embargo, son de fácil retroceso si se dejan de tratar adecuadamente generando un grave problema de salud a nivel mundial (Manual de capacitación NPHW, 2015). En el año 2015, representaron la principal causa de mortalidad en la mayoría de los países, con un estimado del 63%. Dos años después, el 70%, teniendo en cuenta que más del 80% se presentaron en países de bajo y mediano ingreso, de las cuales las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar con 17,7 millones de defunciones anuales, seguidas del cáncer con 8,8 millones, enfermedades respiratorias con 3,9 millones y la diabetes con 1,6 millones. Frente a lo recientemente mencionado, se observó el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo de alcohol y una dieta poco saludable como los principales factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerlas (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2017).

Al hacer la observación en Latinoamérica de los factores de riesgo que inciden en tener una Enfermedad Crónica No Transmisible, se evidencia que, específicamente, en Colombia prevalece la inactividad física con el resultado más elevado del 79% de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2011).

Aunque las ECNT pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de los seres humanos, es pertinente resaltar que el envejecimiento favorece el aumento de personas con estas enfermedades y son las personas de edad avanzada quienes presentan mayor morbilidad y constituyen, según lo informado, alrededor del 65% de los ingresos en las unidades médicas (Muñoz et al., 2018). Sin embargo, se encontró que los jóvenes son también una población propensa a desarrollarlas, puesto que se encuentran verdaderamente

expuestos a todos los factores de riesgo, debido a que el estilo de vida es un aspecto que se ve influenciado por situaciones sociales, económicas, culturales y psicológicas, constituyendo un elemento claramente desfavorecedor para la salud de esta población.

Entender lo que es una ECNT y las implicaciones que tiene en la población juvenil, hace necesario profundizar en algunos tópicos de la psicología positiva, la que nace en 1998 gracias a Martin E.P Seligman, quien –como presidente de la Asociación Americana de Psicología– propuso dar un giro en la investigación psicológica hacia los aspectos más saludables del ser humano, dando origen a la psicología positiva. Esta se funda con el objetivo de explorar aquello que hace que la vida valga la pena y crear las condiciones que permitan una vida digna de ser vivida; es decir, nace con una meta diferente a la psicología tradicional, pues mientras esta busca la manera de entender el bienestar y de crear condiciones habilitadoras para la vida, la psicología tradicional por otro lado busca entender el sufrimiento y deshacer las condiciones incapacitantes de la vida. Según Seligman (2016), esta psicología hace a la gente más feliz.

Seligman (1999) propuso agrupar los temas esenciales de la psicología positiva en tres bloques: las emociones positivas, los rasgos positivos y las organizaciones positivas. Algunos años después, otros autores agregaron un cuarto bloque: las relaciones positivas (Peterson, 2006). Es así como puede entenderse a partir de nueve variables: Personalidad resistente, fluir, optimismo, resiliencia, felicidad, creatividad, mapas mentales, humor y emociones positivas. Para esta revisión de tema se tendrán en cuenta la personalidad resistente y el fluir.

Método

El tipo de investigación es teórico, basado en la observación documental. Asimismo, se inició una búsqueda de artículos, revistas y libros en diferentes bases de datos. Luego se seleccionaron aquellos que fueran totalmente confiables, actuales y que tuvieran gran relación con las EC y la psicología positiva. Para ubicación de las fuentes se estableció en base de datos de la Universidad Pontificia Bolivariana, Scielo, Redalyc, Dialnet y Google Académico y, finalmente, a la hora de revisar los textos se tuvo sumo cuidado con extraer aquellos textos desde editoriales autorizadas y de bases de datos confiables.

Enfermedad Crónica

A lo largo del tiempo se han dado muchas definiciones de enfermedad crónica (EC); sin embargo, una de las más acertadas puede ser la que hace Nobel en 1999, quien la define como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo. Las EC son un problema que afecta a todas las personas por igual, pero pueden predominar mayormente en los adultos. De igual forma, producen cierta limitación en la calidad de vida y el estado funcional de quienes las padecen.

Son un desafío importante que ha tenido que asumir la salud pública (Serrano, 2002); son causantes del aumento del coste sanitario y se estima que en los países occidentales son responsables del 75% del gasto sanitario y de más del 80% del gasto farmacéutico (García y Sarría, 2005).

Actualmente, las ciencias de la salud se han empezado a interesar más por la evaluación de las consecuencias que la enfermedad tiene sobre los diferentes ámbitos de vida del enfermo y que no pueden contemplarse tomando en cuenta, únicamente, los signos y síntomas que lo afectan. El reto más grande del siglo XXI para el paciente crónico es que debe aprender a vivir con su dolencia y debe adaptarse a su enfermedad para lograr el máximo de autonomía posible en su situación, lo que supone un cambio de actitud para lograr tener una vida normal (Poveda-Salvá, 2004).

Mackenna et al. (1998) definen las EC como un proceso de evolución prolongada en la que no se alcanza la cura del paciente completamente, lo que genera alta dependencia social, incapacidad y carga económica. Son enfermedades no transmisibles (ECNT), afecciones de desarrollo lento y de larga duración, que son causadas por alteraciones patológicas no reversibles. Pueden controlarse, pero no tienen cura; por tanto, generan discapacidad y deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en quienes la padecen (Vinaccia y Quiceno, 2012).

Existen diferentes tipos de EC, entre las que se encuentran: cardiovasculares, cáncer, diabetes, cerebrovasculares, respiratorias crónicas, hipertensión, artritis, enfermedad renal, obesidad, entre otras. Cada una de ellas tiene síntomas característicos; sin embargo, son comunes en todos los pacientes constantes quejas no observables como el dolor, la fatiga y variaciones en el estado anímico (episodios depresivos y manifestaciones

de ansiedad); además, cambios físicos que pueden llevar a una baja autoimagen y, como consecuencia de esto, distanciamiento de sus amigos y personas cercanas por el hecho de no sentirse bien consigo mismo (The Cleveland Clinic, 2016).

Las EC, principalmente las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las respiratorias, constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial. Se calcula que, en la región de América, el número de personas que padecen estas enfermedades asciende a más de 200 millones, incluyendo también la obesidad, ya que esta región es la que presenta un mayor problema de obesidad que las otras regiones del planeta (OMS, 2013).

Existen riesgos o circunstancias que aumentan la probabilidad de un resultado adverso o factores que aumentan la probabilidad de padecer un daño a la salud; en el caso de las ENT son: consumo del tabaco, malos hábitos alimenticios, uso nocivo de alcohol, hipertensión arterial, inactividad física, hipercolesterolemia, sobrepeso- obesidad, pocas horas de sueño, falta de compromiso con los tratamientos médicos y el uso incorrecto de los medicamentos. Todos estos dependen de variables económicas, como el trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda, la educación, la rápida urbanización y los estilos de vida del siglo actual (OMS, 2011).

En el año 2008, 36 millones de personas fallecieron a causa de una enfermedad crónica, la mitad de ellas de sexo femenino y el 29% era menor de 60 años (OMS, 2018). Únicamente el 20% de las muertes a causa de enfermedades crónicas se presentaron en países desarrollados, mientras que el 80% restante se registraron en países con niveles de ingreso medio y bajo, en el cual habita la mayoría de la población mundial (Centers for Disease Control and Prevention CDC, 2015).

Las EC causan tres de cada cuatro muertes en el continente americano, distribuidas así: 1,9 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares; 1,1 millones cáncer; 260,000 diabetes; y 240,000 respiratorias. De estas muertes, 1,5 millones se presentan antes de los 70 años, lo cual plantea consecuencias para el desarrollo tanto social como económico (OPS, 2011).

Para el 2016, el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias se convirtieron en la principal causa de morbimortalidad en el continente europeo, siendo las cardiovasculares y el cáncer

las que generaron el 48% y el 21% de las muertes producidas por ECNT (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2016).

Las principales causas de mortalidad en el mundo, según un informe de 2015, son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, las cuales ocasionaron 15,2 millones de muertes en ese año y han sido las principales causas de mortalidad en estos últimos 15 años. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) causó tres millones de muertes en 2016, el cáncer de pulmón junto con el de tráquea y de bronquios causó 1,7 millones de muertes en el mundo (Chan, 2017).

Se cree que para el año 2030 la morbilidad asociada a enfermedades crónicas en los países desarrollados alcanzará el 89% y que patologías como la demencia o el deterioro cognitivo seguirán aumentando debido al envejecimiento de la población (Mathers y Loncar, 2005).

Al ser tan prevalentes las enfermedades crónicas y causar tanto índice de mortalidad, se aprecia que afectan la calidad de vida y el bienestar subjetivo de quienes la padecen, tanto por el dolor, la fatiga, la discapacidad y los efectos secundarios de los medicamentos (Checton et al., 2012; Grau, 2013). Igualmente, el deterioro en el aspecto emocional, debido a que la persona se ve obligada a elaborar un proceso rápido de adaptación en el que se enfrenta a diferentes etapas que generan emociones negativas, como el miedo, la ira o la ansiedad (Burish & Bradley, 1983).

Ante todos estos factores, se espera que el paciente asuma un rol activo desde el momento en el que se le da el diagnóstico, con el fin de que pueda afrontar su condición (Stellefson et al., 2013) para facilitar la recuperación, prevenir la aparición de otras enfermedades o discapacidades asociadas y detener al máximo posible el deterioro (Zubialde et al., 2009).

Durante la etapa crítica de la enfermedad se identifican una serie de reacciones comunes, las que buscan mantener un equilibrio emocionalmente razonable: conservación de la autoimagen, preservación de las relaciones familiares y sociales y preparación para el futuro. Sin embargo, durante esta etapa, los pacientes asumen diferentes estrategias de afrontamiento, pero la más común es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad.

Según Brannon y Feist (2001), este tipo de negación es desadaptativa, se presenta desde antes del diagnóstico y termina siendo un obstáculo para acceder al tratamiento, pero al mismo tiempo, según Lazarus y Folkman

(1986), la negación después de recibir el diagnóstico puede cumplir una función protectora, porque reduce los niveles de estrés en el paciente y permite un manejo más adecuado de su proceso posterior a la enfermedad; esta negación es un poco más adaptativa.

Una vez que el paciente comprende las implicaciones que trae su enfermedad y entiende las consecuencias y condiciones de tener una enfermedad crónica, aparecen reacciones emocionales que son esperables, aunque estas reacciones no están presentes en todos los pacientes, lo que podría llevar a un proceso de recuperación más lento y doloroso. (Lazarus y Folkman, 1986)

Psicología Positiva

La psicología positiva nace en el año 1998 con el discurso de inauguración de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA) (Seligman, 1999). Un encuentro en el año 1977 entre Seligman y su amigo Csikszentmihalyi les permite percatarse de que la psicología estudiaba las enfermedades, dejando a un lado los aspectos positivos. (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Es así entonces como Seligman y Csikszentmihalyi (2000), en el intento por continuar con aquellas misiones de la psicología que fueron olvidadas, dan origen a la psicología positiva en 1998, teniendo como reto dedicar el trabajo al estudio de los aspectos positivos de la experiencia humana, entender y fortalecer todos aquellos aspectos que permiten que los individuos puedan prosperar, para mejorar su calidad de vida y prevenir las patologías que surgen de condiciones de vida poco favorables. Después de este surgimiento, Seligman es elegido como presidente de la APA y, en su discurso de inauguración, afirmó que, en su mandato, tendría como principal objetivo enfatizar en el interés de una psicología más positiva: “La psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros” (Seligman, 2003, p. 1).

En un primer instante, Seligman pensó que el énfasis de la psicología positiva debía estar en la prevención, pero luego quiso ampliar el enfoque a la enfermedad, sugiriendo temas esenciales de la psicología positiva y agrupándolos en tres bloques: el estudio de las emociones positivas, de los rasgos positivos y de las organizaciones positivas (Seligman, 2003), aunque

se agregó otro foco de estudio: el de las relaciones positivas (Peterson, 2006). Igualmente, se comenzó a estudiar el apego, el optimismo, la creatividad, los valores humanos, la inteligencia emocional, como parte de esta misma línea, aunque se le sigue reconociendo a Seligman el mérito por lograr integrar en una teoría con gran validación empírica a los tópicos mencionados de interés (Castro, 2010), llevando a cabo la propuesta de identificar las tendencias, nombrarlas y adaptarlas a la ciencia para impulsar su difusión (Gancedo, 2008).

Linley et al. (2006) afirman que la psicología positiva debe prosperar hacia una psicología unificada e integrada, definiéndola como el estudio científico del funcionamiento humano óptimo, distinguiendo dos niveles de análisis: *el nivel metapsicológico*, que consiste en corregir el desbalance en la investigación y la práctica psicológica integrando tanto los aspectos positivos como los negativos del funcionamiento y la experiencia humana, y *el nivel pragmático*, que busca comprender y explicar las fuentes, los procesos y los mecanismos que conducen a los resultados deseados.

Sternberg y Grigorenko (2001) definen, por su parte, a la psicología unificada como el estudio multiparadigmático, multidisciplinario e integrado de los fenómenos psicológicos a través de las operaciones convergentes, que consisten en estudiar un solo fenómeno psicológico o problema mediante el uso de múltiples metodologías.

Personalidad Resistente

El constructo de personalidad resistente fue propuesto por Kobasa, Hilker y Maddi a finales de la década de 1970 y principios de la siguiente, a partir de la comparación entre personas que eran sometidas a altos niveles de estrés y desarrollaban o no enfermedades y alteraciones psicosomáticas, encontrando diferencias en la estructura de la personalidad. Es definida como una característica que presentan los individuos cuando se enfrentan de forma activa y comprometida a estímulos amenazantes y que, en lugar de enfermar por estrés, toman beneficio de las circunstancias difíciles y las aprovechan como una oportunidad para progresar (Kobasa, Hilker y Maddi, 1979).

La personalidad resistente es una característica que se aprende en las etapas más tempranas de la vida a partir de las vivencias de ciertas

experiencias y no es un rasgo inherente y estático (Maddi y Kobasa, 1981, 1984), pudiendo hacerse mediante un aprendizaje temprano o tardío. En el temprano, la fuente de influencia fundamental son los padres, quienes favorecen o no determinadas características vinculadas con cada una de las dimensiones de personalidad resistente; sin embargo, esta también puede ser aprendida en la edad adulta, aunque estos hábitos ya adquiridos pueden dificultar el aprendizaje (Maddi, 1988).

Kobasa (1982) propone ubicar el concepto de personalidad resistente dentro de la psicología social. Es una aproximación a la psicología social del estrés y la salud, caracterizada por un fuerte sentimiento de control sobre la vida y de compromiso con ciertas metas y objetivos que interactúan constantemente e inciden en la actitud, estado de ánimo, comportamiento y toma de decisiones relacionadas con las estrategias de afrontamiento. Es un mediador entre el estímulo estresante y la enfermedad, ayudando a mitigar las reacciones que tiene el individuo ante determinados estímulos y sus trastornos asociados (Kobasa, 1979a).

Mischel (1968), en su obra *Personality and Assessment*, hace énfasis en la relación persona-situación, donde los acontecimientos vitales, desde el análisis de los mecanismos de actuación, son un componente del ambiente en integración con las predisposiciones individuales para poder actuar, pensar y sentir de un modo particular y, así, entender la resistencia que tiene el individuo ante el estrés, es decir, su posible personalidad resistente, precisando el entendimiento de las bases del desarrollo y el bienestar humano.

Teniendo en cuenta esta interacción individuo-medio, Maddi (1988) se ocupa del concepto de personalidad resistente como un rasgo estático e inherente, que, visto desde una postura existencialista, es el resultado de dicha interacción. Lo define como la percepción que se tiene de la posibilidad por encima de la realidad, por la utilización de ciertos procesos requeridos para la toma de decisiones orientada siempre hacia el futuro y no anclada en el pasado, logrando incrementar la opción de posibilidad en la toma de decisiones.

Estos procesos cognitivos son: simbolización, imaginación y juicio, a través de los cuales el individuo puede disminuir la probabilidad de juzgar como realidad aquello donde hay alguna posibilidad para no anclarse en experiencias pasadas. La *simbolización* facilita la existencia de más

categorías para reconocer la experiencia; la *imaginación*, más ideas de las que ya existen; y el *juicio*, más preferencias y valores (Kobasa y Maddi, 1977).

Al mismo tiempo, Maddi (1988) afirma que es posible disminuir el estrés, generando modelos que ayuden a distinguir lo que puede cambiarse y lo que es incambiable, con el fin de minimizar el riesgo asociado y lograr menos esfuerzo ante lo que no es, ahorrando energía para lo que sí es posible modificar.

Para esto, Kobasa y Maddi proponen un programa de intervención con el fin de facilitar el aprendizaje en el sujeto y enfrentarse a situaciones estresantes, buscando el cambio a través de ejercicios que no son únicamente cognitivos, sino también emocionales y comportamentales (Maddi y Kobasa, 1977). Se plantean tres técnicas: reconstrucción situacional, focalización y auto compensación. La *reconstrucción situacional* implica realizar una comparación entre situaciones juzgadas como positivas y situaciones juzgadas como negativas para luego valorarlas y potenciar aquellas positivas. La *focalización* ayuda al individuo a centrarse en sus mensajes internos, buscando significado emocional, personal o individual a los mismo y, finalmente, la *auto compensación*, en la que la información que se obtiene repite la técnica de reconstrucción situacional (Maddi, 1988; Maddy y Kobasa, 1981).

La autoeficacia propuesta por Bandura (1986) se ha logrado integrar al concepto de personalidad resistente, debido a que hace referencia a las creencias sobre las capacidades propias que permiten a la persona organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar determinados tipos de rendimiento; es decir, el éxito en el manejo y el afrontamiento del entorno que afecta la vida no consiste únicamente en poseer recursos potenciales, o en conocer la forma más adecuada de actuación para cada situación, o en poseer los comportamientos adecuados, sino que también implica una capacidad socio-cognitiva en la que se integran factores cognitivos, sociales y conductuales con el fin de conseguir un propósito.

Igualmente, la teoría existencialista de la personalidad resultó ser central en los comienzos de la personalidad resistente, teniendo en cuenta dos características fundamentales: a) la conceptualización del individuo no como portador de rasgos internos y estáticos, sino como alguien que continua y dinámicamente construye su personalidad a través de acciones,

y b) la vida que, a pesar de ser estresante por naturaleza debido a su constante cambio, puede ser transformada por cada individuo (Mischel, 1968). Surgen así tres conceptos existencialistas relevantes: compromiso, control y reto, que son características o dimensiones de personalidad con puntajes altos en personas resistentes, los que se profundizarán a continuación:

El *compromiso* se obtiene creyendo e implicándose en lo que cada uno hace, (Domínguez, 2010), que unido a la responsabilidad sobre los demás resulta ser muy importante para el afrontamiento en situaciones de estrés (Antonovsky, 1979). El *control* es tener la convicción de poder llevar las riendas de la propia vida (Domínguez, 2010). El *reto*, por su parte, es considerar los cambios como oportunidad de progreso (Domínguez, 2010), presenta dos vías: una directa como una percepción positiva del cambio y otra indirecta donde los esfuerzos pueden volcarse en el afrontamiento afectivo (Berlyne, 1964; Csikszentmihalyi, 1975).

El *compromiso* hace ver las situaciones estresantes como interesantes y con significado personal. El *control* las hace ver modificables, posibles de controlar por su propia cuenta, de percibir las consecuencias de su propia actividad y manejar los estímulos en su propio beneficio mediante dimensiones decisivas, que implican un beneficio en la intencionalidad y en la autonomía, por ser capaces de actuar de forma propia y efectiva, e incorporar un plan personal de metas, con el fin de transformarlas en algo no perturbador (Averill, 1973). El *reto* permite observar las situaciones como algo normal de la vida, una oportunidad de cambio y de crecimiento, en lugar de amenaza, destrucción y falta de control, evitando la mayor parte de la insatisfacción asociada a la ocurrencia del estímulo estresante, lo que genera una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal y no una simple amenaza a la propia seguridad (Csikszentmihalyi, 1975).

Todo esto conlleva a una transformación cognitiva en relación al impacto de los estímulos en eventos estresantes (Ccamá et al., 2016) y permite a quienes tengan alguna enfermedad mantener de manera estable su salud, a pesar de las dificultades, al mismo tiempo que facilitan el afrontamiento y la adaptación (Peñacoba y Moreno, 1998).

En un estudio donde se tomaron 115 mujeres con diagnóstico de infertilidad, con el fin de buscar cómo estas pacientes ponen en marcha las estrategias de afrontamiento para afrontar este suceso vital estresante, Moreno-Rosset et al. (2009) encontraron que la sintomatología ansiosa y

depresiva se relacionaba con la utilización de estrategias de afrontamiento evitativas, resultando negativas tanto para el diagnóstico como para la adherencia; en cambio, las activas se relacionan con la presencia de recursos interpersonales (Rodríguez-Marín et al., 1993).

Antonovsky (1979), por su lado, planteó un concepto similar llamado “sentido de coherencia”, el que resultó ser bastante próximo al de personalidad resistente, puesto que comparte altas puntuaciones en compromiso y en reto y se diferencia en bajas puntuaciones de control. Según Maddi y Kobasa (1981), la principal diferencia entre estos conceptos es la motivación, pues los sujetos con patrón de *sentido de coherencia* presentan una motivación extrínseca, dependiente de factores externos, mientras que los sujetos con patrón de *personalidad resistente* tienen una motivación intrínseca, lo que quiere decir que el interés está en la propia tarea a la que se enfrentan.

Más adelante Antonovsky (1990) consideró que el *sentido de coherencia* no era un rasgo específico de la personalidad ni un estilo particular de afrontamiento, sino una habilidad para seleccionar el estilo correcto de afrontamiento en una situación dada. Las respuestas de un sujeto con sentido de coherencia se caracterizan por la amplitud con que percibe que la situación es inteligible, que los recursos para manejarla están disponibles y que es importante para la persona el reto que ella supone.

Armikan y Greaves (2003) propusieron un modelo causal entre *sentido de coherencia* y las estrategias de afrontamiento usadas durante la enfermedad dentro de la personalidad resistente y encontraron que, a mayor sentido de coherencia, mayor probabilidad de establecer afrontamiento de las situaciones aversivas con estrategias centradas en el problema y menor probabilidad de situaciones de evitación.

De acuerdo a Jenaro et al. (2008), la personalidad resistente ejerce un efecto protector de las situaciones estresantes, ya que se relaciona con un mayor apoyo social, con estrategias de afrontamiento centradas en resolución de problemas y con la promoción del bienestar personal. Moreno-Rosset et al. (2009) encontraron relación entre la personalidad resistente y la utilización de estrategias de afrontamiento activas que favorecen el estado de salud.

Como es posible observar, existe una estrecha relación entre personalidad resistente y estrategias de afrontamiento, entendidas estas como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que llevan a cabo las personas para enfrentar las situaciones estresantes, ya sean internas o externas, y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Cabe mencionar que estos recursos, a su vez, son mediados por un conjunto de procesos psicosociales como el apoyo social (Neville, 1998).

Carr (2007) señala que, a partir de las estrategias de afrontamiento, se identifican tres fundamentales: *centradas en el problema*, que se utilizan en condiciones de estrés controlable; *centradas en las emociones*, que se utilizan cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable y *centradas en la evitación*, que tienden a manejarse en aquellos casos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación. Estas pueden ser de carácter funcional y/o disfuncional. Estas estrategias se clasifican según la valoración, la búsqueda del significado del suceso, el problema para afrontar la realidad manejando las consecuencias, la emoción, la regulación de los aspectos emocionales y el intento de mantener el equilibrio afectivo (Anarte et al., 2001; Galán y Perona, 2001; Lazarus, 2000; Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) plantean una distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el afrontamiento dirigido a manipular o alterar la causa del problema. El primero se realiza partiendo de la evaluación en la que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como son: la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos. El segundo se da cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Esta propuesta sobre el estrés y el afrontamiento de Lazarus ha sufrido modificaciones a lo largo de los años, debido a que no contemplaba la coocurrencia de emociones positivas y negativas. Por tanto, se pensó en el afrontamiento positivo que incluye emociones positivas en la evaluación de situaciones estresantes, y no solo emociones negativas, ampliando las

categorías tradicionales de afrontamiento (centrado en el problema o en la emoción) e incluyendo el afrontamiento centrado en el significado postulado por Folkman en 1997 (Ortega y Salanova, 2016).

En la psicología positiva este coping centrado en el significado es nombrado en la práctica profesional como coping positivo (Schwarzer y Knoll, 2003), factor relacionado con el bienestar psicológico y con el ajuste de adaptación en personas que han sufrido una amputación de alguna extremidad (Oaksford et al., 2005), también mejoras en la salud mental en personas desempleadas con algún tipo de discapacidad, que padecían estrés crónico (Kerr et al., 2012) y cambios en el sistema inmunológico con efectos favorables para la salud (Sakami., 2003).

Según Lazarus (1966), en la taxonomía psicológica del afrontamiento se encuentran dos categorías del proceso: las acciones directas, que son comportamientos que están designados a alterar una relación problemática en un entorno social o físico (Viñas et al., 1999), y los modos paliativos que, en lugar de buscar la confrontación directa de las situaciones desbordantes, generan en el individuo una disminución de la respuesta emocional producida por el estrés.

En este orden, los estudios de Fantin et al. (2005) señalan que, a modo paliativo, el sujeto realiza una reducción de la tensión; al hacerse ilusiones efectúa de forma pasiva intentos que conllevan a evitar el problema, lo que le genera una sensación de bienestar.

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín, en el año 2005, con 66 pacientes con edades entre los 45 y 80 años y diagnosticados con Artritis Reumatoide, buscando describir, relacionar y evaluar la capacidad predictiva de las variables de personalidad resistente y autoeficacia, se encontraron medidas elevadas en personalidad resistente con altos puntajes en sus componentes compromiso, control y reto, evidenciando así la falta de síntomas depresivos y niveles bajos en interferencia e intensidad del dolor, pues no perciben el dolor como incapacitante y se desempeñan adecuadamente en actividades cotidianas (Vinaccia et al., 2005). Así, la personalidad resistente puede reducir la posibilidad de enfermedad (Kobasa, 1982), aunque debe aclararse que los sujetos resistentes no experimentan los fenómenos de forma distinta que los no resistentes, sino que los interpretan como más positivos y tienen un mayor control sobre el afrontamiento (Rhodewalt y Agustsdottir, 1984).

Diversos autores se han centrado en analizar cómo la personalidad resistente influye en determinados aspectos de la salud. Así, las áreas más analizadas han sido estrés y salud, síndrome de burnout, depresión, adherencia, conductas relacionadas con duelo y muerte (Ortega, 2015). Sin embargo, la primera autora en introducir una Escala de Resistencia Relacionada con la Salud fue Pollock, llamada Escala de Resistencia Relacionada con la Salud (HRHS), con la que es posible medir la personalidad resistente en pacientes con problemas reales de salud. Para esta, se generaron diferentes elementos que miden la presencia en lugar de la ausencia de las dimensiones de personalidad resistente relacionadas con la salud: a) control: dominio en la evaluación de estresores de salud; b) compromiso: habilidad para enfrentar amenazas de estresores en salud; c) reto: reevaluación de los estresores en salud como beneficiosos y productores de crecimiento (Peñacoba y Moreno, 1998).

Por otro lado, Moreno et al. (2000) elaboraron también un cuestionario de 21 ítems destinado a evaluar las tres dimensiones del constructo de personalidad resistente (control, compromiso y reto); en este pueden obtenerse puntuaciones de cada una de las subescalas y también una puntuación total, teniendo en cuenta que las altas indican mayor personalidad resistente.

Hablando en términos de salud y enfermedad, Maddi y Kobasa (1984) encontraron que la personalidad resistente favorece cambios hacia determinados estilos de vida saludables que reducen la aparición de la enfermedad, siendo esta otra forma en la que puede ejercer efectos beneficiosos para la salud, influyendo en prácticas como el ejercicio que repercuten en la salud del individuo.

Wiebe y McCallum (1986) emplearon técnicas de path-analysis (análisis de ruta) y encontraron que la personalidad resistente tiene efectos directos en la salud y efectos indirectos a través de los estilos de vida saludable; al igual que Nagy y Nix (1989), que encontraron correlaciones positivas entre personalidad resistente y estilos de vida saludable.

Kobasa, et al. (1982), al utilizar un diseño prospectivo, refieren que tanto la personalidad resistente como la experimentación de eventos estresantes ejercen una influencia significativa sobre el padecimiento de enfermedades y alteraciones, actuando la primera como un factor protector y la segunda como una variable precipitante. Según los resultados de estas

investigaciones, propusieron la personalidad resistente como variable explicativa y predictora de la salud actual y futura de la persona.

La personalidad resistente es un modulador que reduce la probabilidad de experimentar estrés y que atenúa sus consecuencias negativas (Hernández, 2009). Este patrón proporciona la motivación necesaria para afrontar las circunstancias estresantes y convertirlas en una posibilidad de crecimiento, jugando así un papel importante como mecanismo de resiliencia (Maddi, 2006).

Fluir

Durante las décadas de 1980 y 1990, el concepto de “fluir” fue adoptado por Csikszentmihalyi (1988), Inghilleri (1999), Massimini y Carli (1988), Massimini y Delle Fave (2000), quienes estudiaron en escaladores, bailarines, jugadores de ajedrez y otros cómo, a partir de sus actividades, experimentaban un estado de flujo, es decir, una experiencia subjetiva óptima intrínsecamente motivada y gratificante en sí que les permitía el progreso y ajuste a su acción, mediante una concentración intensa y enfocada en lo que se está haciendo en el momento presente.

Es así, entonces, como el *fluir* es la pérdida de conciencia de sí mismo como actor social, es la sensación de poder lidiar con las situaciones porque se sabe cómo responder ante ellas. Durante el *fluir* el tiempo pasa más rápido y el hecho de experimentar una actividad como intrínsecamente gratificante hace que, a menudo, el objetivo final sea solo una excusa para el proceso de la actividad que se realice.

Csikszentmihalyi (1975) conceptualizó el *fluir* como una experiencia óptima que se deriva de las percepciones de los desafíos y habilidades de las personas en situaciones dadas y facilitan la aparición de indicadores de flujo como el afecto positivo y los altos niveles de excitación, motivación intrínseca, libertad percibida y altos niveles de competencia. Además, concluyó qué puede ocurrir cuando todos los contenidos de la conciencia están en armonía unos con otros, y con los objetivos que definen el ser de la persona, es decir, como resultante de las experiencias o momentos en las que haya congruencia entre el desafío y las habilidades (Csikszentmihalyi, 1990).

Así como teóricos de la psicología humanista de los 70 y 80, que retoman el concepto de *fluir*, Deci y Ryan (1985) se ocuparon del tema de intereses intrínsecos y la motivación, o von Eye y Brandstädter, (1998), con su postura sobre el individuo como un organismo proactivo y autorregulador que interactúa con el medio ambiente, teorías compatibles con el modelo de funcionamiento y desarrollo psicológico formado con el concepto de *fluir* (Csikszentmihalyi y Rathunde, 1998).

Una característica clave que el modelo de *fluir* comparte con otras teorías contemporáneas es el interaccionismo, el que, en lugar de enfocarse en la persona abstraída del contexto, con sus rasgos, tipos de personalidad y disposiciones estables, se concentra en la relación persona-ambiente, así como en la fenomenología de esa interacción (Magnusson y Stattin, 1998). Por tanto, un individuo puede encontrar flujo en casi cualquier actividad, lo que determina que los desafíos y habilidades subjetivas pueden influir en la calidad de la experiencia, facilitando niveles significativamente más positivos de flujo que cuando existe una incongruencia entre ellos (Carli et al., 1988; Massimini y Carli, 1988; Massimini et al., 1987).

Según la teoría del “*fluir*”, una buena vida se caracteriza por el sentir control de las acciones, sentido de competencia, disfrute e incluso euforia, lo que implica absorción completa de lo que se hace en el momento presente, mediante una comprensión de las experiencias; no en momentos pasivos, sino en aquellos en los que se está intensamente involucrado, enfocado y desafiado en una actividad motivadora, creando un sentimiento de euforia, satisfacción y felicidad a partir de una concentración intensa y alta confianza (Getzels y Csikszentmihalyi, 1976).

Es así como Csikszentmihalyi refiere que el flujo es alegría, creatividad y participación total, como puede evidenciarse en el estudio de Baltes y Mayer (1999), donde se muestra que no hay disminución en los niveles promedio de felicidad en la vejez, además que las emociones negativas en los adultos mayores pueden regularse de mejor manera que en los adultos más jóvenes, a pesar de creerse que las personas se deprimen a medida que envejecen (Carstensen, 1995), teniendo en cuenta cómo las actividades y experiencias diarias de los adultos mayores pueden contribuir a la variación en los niveles de felicidad y al envejecimiento exitoso (Fredrickson, 2001).

Se concluye, entonces, que a partir de la presencia del *fluir* se contribuye a un mayor afecto positivo, igualmente a una reducción de los niveles de

afecto negativo y aumento de la satisfacción vital en la vida posterior (Rowe y Kahn, 1997), hipótesis confirmada con lo expuesto por Csikszentmihalyi (1990), quien habla del flujo como un estado intrínsecamente gratificante u óptimo que resulta del compromiso intenso con las actividades diarias.

Entendidos los conceptos de personalidad resistente y *fluir*, es importante resaltar como pueden favorecer el manejo de las enfermedades crónicas.

Si se hace mención de Kobasa y Maddi, quienes en 1972 hablaron de personalidad resistente para explicar cómo algunas personas poseen la capacidad de poder resistir al estrés con mayor éxito que otras, puede comprenderse como las diferencias estructurales de personalidad llevan a que, en determinadas situaciones, algunos individuos enfermen y otros no (Kobasa, 1979a), soportado en las percepciones positivas y controlables ante estas situaciones estresoras, mediante el empleo de estrategias de afrontamiento transformacional o adaptativo (Kobasa, Maddi y Courington, 1981).

Es así como al interpretar los acontecimientos potencialmente estresantes buscando oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal, a partir de una mayor interacción y afrontamiento de manera optimista y activa, la enfermedad como acontecimiento adverso pierde parte de su poder (Kobasa, 1979b; Maddi, 1988).

Vázquez, Pérez y Sales (2003) refieren que los estados positivos proporcionan mejor resistencia ante estresores intensos cuando no solo se perciben las consecuencias negativas de lo sucedido, sino que también se aprecian y valoran aquellos elementos positivos de la situación a partir de tres pilares: *autoestima*, *autocontrol* y *autoeficacia*. Lo que implica, según Burton y King (2004), que activarlos facilita los procesos cognitivos y el sentido de vida, para promover el apoyo social y la resolución de problemas que, aplicado en el caso de tener un diagnóstico de una enfermedad crónica acompañada de una personalidad resistente, tendría mayor probabilidad de percibir los acontecimientos negativos de forma positiva logrando manejar satisfactoriamente los niveles de estrés que esta enfermedad desencadena.

En contexto de enfermedad, se encontró que aquellos individuos que sufrían altos niveles de estrés, pero no desarrollaban enfermedades ya fueran físicas o psicológicas como consecuencias, eran aquellos que mostraban altos niveles de personalidad resistente. En cambio, quienes desarrollaban

trastornos psicósomáticos eran aquellos con una personalidad resistente baja (Kobasa, 1982).

Cabe resaltar las tres dimensiones implicadas en la personalidad resistente: el *compromiso* lleva a que los individuos puedan ver las situaciones difíciles, como una enfermedad crónica, como algo con significado personal; el *control* hace que esa situación de enfermedad sea vista como algo posible de modificar y de controlar por su propia cuenta, logrando percibir las consecuencias de esta y manejándolas en su propio beneficio; el *reto* permite que pueda observar la enfermedad crónica como algo normal de la vida, una oportunidad ya sea de cambio o de crecimiento, en lugar de una amenaza (Averill, 1973).

Por otro lado, el concepto de flow se debe a Csikszentmihalyi (1975), quien lo describió como un estado de experiencia óptima que los individuos expresan cuando están intensamente implicados en lo que están haciendo y que les resulta agradable de hacer. Ponti y Ferrás (2008) lo describen como un estado mental de concentración en una tarea que anula la percepción del paso del tiempo y permite dar lo mejor de nosotros.

El fluir ayuda a mantener a la persona concentrada en la actividad que se está realizando o en una situación donde se derivan los desafíos, como lo puede ser una enfermedad crónica, generándole motivación, aprendizaje y buscando establecer metas para poder obtener un control total con respecto a la situación (Csikszentmihalyi, 2003).

La sensación de un estado de fluidez puede generarle al paciente con enfermedad crónica un mayor interés en lograr afrontar los desafíos que esta implica, menos distracción y un mayor grado de compromiso con respecto al problema que resulta siendo la enfermedad.

El fluir genera armonía en la mente de la persona, es decir, ayuda a sobrellevar el caos con respecto a una enfermedad crónica que, a su vez, es una situación delicada para el paciente; lo que hace este estado de experiencia óptima es evitar el estrés y sufrimiento que rodean al paciente durante todo el proceso, le permite disfrutar mostrando una conducta activa y proactiva confiando en sus capacidades y tratando de llegar a sentirse bien consigo mismo (Domínguez Bolaños e Ibarra Cruz, 2017).

La psicología positiva es aquella que recoge estas experiencias tanto de fluir como de personalidad resistente. Estudia las fortalezas y las virtudes

humanas, las cuales permiten que el individuo pueda adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades (Sheldon y King, 2001).

Según Seligman (2005), la psicología positiva establece que el sentimiento de bienestar duradero en las personas es bastante estable y es, probablemente, hereditario; este sentimiento es independiente del ambiente en el que se vive, es posible que se modifique por diferentes circunstancias, pero luego de unos meses vuelve a su nivel de base. Es así como el temperamento es uno de los predictores más importantes de los niveles de experiencias positivas que un individuo puede sentir.

Por otro lado, se habla de *fortalezas de carácter*, las que son propias de cada persona y se pueden poner en práctica. Son rasgos psicológicos que se presentan en diferentes situaciones a través del tiempo y sus consecuencias suelen ser positivas. Desarrollar una fortaleza lleva a emociones positivas auténticas (Seligman, 2005) y logran actuar como barreras contra la enfermedad, resaltando dimensiones de la psicología positiva como la personalidad resistente y la capacidad para fluir (flow) (Seligman y Peterson, 2003).

Aunque la psicología positiva centre sus estudios en aquellos aspectos favorables del ser humano, debe distinguirse de los métodos de autoayuda o movimientos espirituales, al igual que de las tendencias positivistas de la corriente humanista, ya que esta adopta el mismo método de la psicología científica. No se habla de un orden para alcanzar la felicidad, ni de un camino que seguramente nunca se logrará materializar, se habla de aquellos aspectos positivos del ser humano que sumados con el método científico pueden añadir un componente esencial para la vida del individuo.

Es evidente que falta mucho camino por recorrer para la psicología positiva, faltan innumerables estudios que terminen por comprobar su validez, pues es una vertiente relativamente nueva que a pesar de las críticas ha tratado de posicionarse dentro del marco de la psicología. Es posible que los alcances futuros permitan fortalecer el favorecimiento en la salud-enfermedad y, así, contribuir al óptimo funcionamiento humano.

Referencias bibliográficas

- Abalo, J. A. G. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0002.00002>
- Adler, C.M. y Hillhouse, J.J. (1996). Stress, health, and immunity: A review of the literature. En T.W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events* (pp. 109-138). International Universities Press.
- Adrián Arrieta, L. (2017). *Percepción de enfermedad y de cuidados recibidos por el paciente crónico*. [Tesis de doctorado, Universidad Pública de Navarra]. <https://hdl.handle.net/2454/27601>
- Allred, K. D. y Smith, T. W. (1989). The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 257-266. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.257>
- Amirkhan, J. H. y Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*, 18(1), 31-62. <https://doi.org/10.1080/0887044021000044233>
- Anarte, M., Ramírez, C., López, A. y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 2, 102-110.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey- Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. En H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 155-177). John Wiley & Sons.
- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80(4), 286-303.
- Baltes, P. B. y Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice-Hall.

- Berlyne, D. E. 1964. Novelty. *New Society* (87), 23-24.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Paraninfo.
- Burish, T. G. y Bradley, L. A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds), *Coping with chronic disease: Research and applications*, 3-12. Academic Press
- Burton, C. M. y King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38(2), 150-163. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00058-8](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00058-8)
- Carli, M., Delle Fave, A. y Massimini, F. (1988). The quality of experience in the flow channels: Comparison of Italian and US students. En M. Csikszentmihalyi e I. S. Csikszentmihalyi (Eds.), *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (pp. 266–306). Cambridge University Press.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Paidós
- Carstensen, LL (1995). Evidencia para una teoría de la selectividad socioemocional a lo largo de la vida. *Direcciones actuales en la ciencia psicológica*, 4(5), 151-156.
- Castro Solano, A. (2010). Psicología Positiva: ¿una nueva forma de hacer psicología? *Revista de Psicología*, 6(11). <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6113>
- Ccama, C., Renato, A. y Álvarez León, S. G. (2016). *Perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento*. [Tesis para obtener el título profesional en Psicología, Universidad Nacional de San Agustín].
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Chronic diseases: The leading causes of death and disability in the United States. *Chronic Disease Overview*.
- Chan, M. (20 de marzo de 2017). Cardiopatía isquémica, la principal causa de muerte en el mundo. *Edición Médica*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/avances/cardiopat-a-isqu-mica-la-principal-cause-de-muerte-en-el-mundo-89843>

- Checton, M. G., Greene, K., Magsamen-Conrad, K. y Venetis, M. K. (2012). Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems & Health*, 30(2), 114-129. <https://doi.org/10.1037/a0028598>
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2016). *Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015-2019*. <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: Experiencing flow in work and play*. Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (2003). *Fluir en los negocios*. Editorial Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. y Rathunde, K. (1998). *The development of the person: An experiential perspective on the ontogenesis of psychological complexity*. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 635-684). John Wiley & Sons Inc.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109-134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- Deci, E. L., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. y Ryan, R. M. (1991). Motivation in education: The self-determination perspective. *Educational Psychologist*, 26(3-4), 325-346. <https://doi.org/10.1080/00461520.1991.9653137>
- Domínguez Bolaños, R. E. e Ibarra Cruz, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96), 660-679. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199551160035>
- Fantin, M., Florentino, M. y Correche, M. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 5(11) 163-180.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of

- positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Galán, A. y Perona, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Lugar Editorial.
- García Lizana, F. y Sarria-Santamera, A. (2005). *Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas*. Instituto de Salud Carlos III.
- Getzels, J. W. y Csikszentmihalyi, M. (1976). *La visión creativa: un estudio longitudinal de la búsqueda de problemas en el arte*. John Wiley & Sons.
- Grau J. (2013). *Enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada panorámica*. [Conferencia central]. Módulo de Enfermedades Crónicas, Especialidad de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Hernández, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit. Revista de Psicología*, 15(2) 153-161.
- Inghilleri, P. (1999). *De la experiencia subjetiva al cambio cultural*. (Trad. E. Bartoli). Prensa de la Universidad de Cambridge.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511571343>
- Jenaro Río, Cristina y Moreno-Rosset, Carmen y Antequera Jurado, Rosario y Flores Robaina, Noelia (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El “dera” una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 176-185. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829204>
- Kerr, J. L., Dattilo, J. y O’Sullivan, D. (2012). Use of recreation activities as positive coping with chronic stress and mental health outcomes associated with unemployment of people with disabilities. *Work: A*

- Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 43(3), 279-292.
<https://doi.org/10.3233/wor-2012-1390>
- Kobasa, S. C. (1979a). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7(4), 413-423.
<https://doi.org/10.1007/BF00894383>
- Kobasa, S. C. (1979b). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Sals (eds) social psychology of health and illness (pp.3-32)
- Kobasa, S. C., Hilker, R. R. J. Jr. y Maddi, S. R. (1979). Who stays healthy under stress? *Journal of Occupational Medicine*, 21(9), 595-598.
- Kobasa, S. C. y Maddi, S.R. (1977). Existential personality theory. En R. Corsini (Ed.), *Current personality theory*. Peacock.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 368-378.
<https://doi.org/10.2307/2136678>
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the Coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Martínez Roca.
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S. y Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/17439760500372796>

- Maddi, S. R. (1988). On the problem of accepting facticity and pursuing possibility. In S. B. Messer, L. A. Sass, y R. L. Woolfolk (Eds.), *Hermeneutics and psychological theory: Interpretive perspectives on personality, psychotherapy, and psychopathology* (pp. 182-209). Rutgers University Press.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness. The courage to grow from stress. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168. <https://doi.org/10.1080/17439760600619609>
- Maddi, S. R. y Kobasa, S. C. (1981). Intrinsic motivation and health. En H.I. Day (Ed.), *Advances in intrinsic motivation and aesthetics* (pp. 120-133). Springer.
- Maddi, S.R. y Kobasa, S.C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, Irwin Professional Pub.
- Magnusson, D. y Stattin, H. (1998). Person-context interaction theories. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 685-759). John Wiley & Sons.
- Massimini, F. y Carli, M. (1988). The systematic assessment of flow in daily experience. En M. Csikszentmihalyi e I. S. Csikszentmihalyi (Eds.), *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (pp. 266-287). Cambridge University Press.
- Massimini, F. y Delle Fave, A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, 55(1), 24-33. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.24>
- Massimini, F., Csikszentmihalyi, M. y Carli, M. (1987). El seguimiento de la experiencia óptima: una herramienta para la rehabilitación psiquiátrica. *Revista de enfermedades nerviosas y mentales*, 175(9), 545-549. <https://doi.org/10.1097/00005053-198709000-00006>
- Mathers, C. D. y Loncar, D. (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. World Health Organization.
- McKenna M., Taylor W., Marks J. y Koplán J. (1998). Current issues and challenges in chronic disease control. En R. Brownson, P. Remington,

- J. Davis (Eds), *Chronic disease epidemiology and control*. American Public Health Association. (pp. 1-26.)
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. John Wiley & Sons.
- Montero Domínguez, E. (2010). *La personalidad resistente*. [Archivo PDF] <https://www.psicologiaclinicaedeldeporte.es/Documentos/Articulos/PdIPro/15-PersonalidadResistente.pdf>
- Moreno-Rosset, C., Jurado, R. A. y Río, C. J. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA) [Validation of the Questionnaire of Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility (DERA)]. *Psicothema*, 21(1), 118–123.
- Moreno, B., Garrosa Hernández, E. y González Gutiérrez, J. L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 1(4), 64-77. <https://doi.org/10.24310/espiesepsi.vi4.13453>
- Muñoz-Rodríguez, D. I., Arango-Alzate, C. M. y Segura-Cardona, Á. M. (2018). Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores asociados. *Universidad y Salud*, 20(2), 183-199. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.122>
- Nagy, S. y Nix, C. L. (1989). Relations between preventive health behavior and hardiness. *Psychological Reports*, 65(1), 339-345. <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.65.1.339>
- Neville, K. (1998). The relationships among uncertainty, social support, and psychological distress in adolescents recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 15(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177/104345429801500106>
- Oaksford, K., Frude, N. y Cuddihy, R. (2005). Positive Coping and Stress-Related Psychological Growth Following Lower Limb Amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 266-277. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.266>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles 2010*.

Resumen de orientación. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85763>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades no transmisibles.* <https://www.who.int/es/news/item/18-07-2016-countries-start-to-act-on-noncommunicable-diseases-but-need-to-speed-up-efforts-to-meet-global-commitments>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades crónicas.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable.* https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=informes-tematicos-4430&Itemid=270&lang=es

Ortega Herrera, M. E. (2015). *Personalidad resistente, locus de control, autoeficacia y síndrome de burnout en estudiantes de medicina de pregrado.* [Tesis de Doctorado en psicología, Universidad Veracruzana]. <https://1library.co/document/zlnlr1oq-personalidad-resistente-control-autoeficacia-sindrome-estudiantes-medicina-pregrado.html>

Ortega Maldonado, A. y Salanova Soria, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Ágora De Salud*, (3), 285-293. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.30>

Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de psicología*, 58(1), 61-96.

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology.* Oxford university press.

Ponti, F. y Ferràs, X. (2008). *Pasión por innovar: un modelo novedoso que incentiva la creatividad empresarial.* Editorial Norma.

- Poveda-Salvá R. (2004). *Cuidados a pacientes crónicos*. Anierte. http://www.aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_2.htm
- Ramos O., Jaimes M. A., Juajinoy A. M., Lasso A. C. y Jácome S. J. (2017). Prevalencia y factores relacionados de sobrepeso y obesidad en estudiantes de una universidad pública. *Revista española de nutrición comunitaria*, 23(3). [http://dx.doi.org/10.1016/S1135-3074\(10\)70028-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1135-3074(10)70028-4)
- Rhodewalt, F. y Agustsdottir, S. (1984). On the relationship of hardiness to the Type A behavior pattern: Perception of life events versus coping with life events. *Journal of Research in Personality*, 18(2), 211-223. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(84\)90030-8](https://doi.org/10.1016/0092-6566(84)90030-8)
- Rodríguez-Marín, J., Ángeles Pastor, M. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Sup),349-372. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sakami, S., Maeda, M., Maruoka, T., Nakata, A., Komaki, G. y Kawamura, N. (2003). Positive coping up-and down-regulates in vitro cytokine productions from T cells dependent on stress levels. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(4), 243-251. <https://doi.org/10.1159/000077743>
- Salud y Enfermedad. (2015). *Manual de Capacitación NPHW*, 1-15.
- Sánchez Pérez, R. M. (2019). *Factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus tipo II en pacientes adultos mujeres del servicio de medicina, Hospital Sergio Enrique Bernales-2018*. [Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Inca Garcilaso de La Vega, Facultad de Enfermería] <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4576>
- Schwarzer, R. y Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 393-409). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-025>
- Seligman, M.E.P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-532.

- Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16, 126-127.
- Seligman, M. E. P. (2005). *La auténtica felicidad* (Trad. M. Diago y A. Debrito). Imprelibros (Trabajo original publicado en 2002).
- Seligman, M. E. P. (2016). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Océano exprés.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P. y Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. En L. G. Aspinwall y U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10566-021>
- Serrano González, M. I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI*. Ediciones Díaz de Santos.
- Sheldon, K. M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Stellefson, M., Dipnarine, K. y Stopka, C. (2013). Peer reviewed: The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Preventing chronic disease*, 10(SP26). 120-180. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120180>
- Sternberg, R. J. y Grigorenko, E. L. (2003). Unified psychology. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 23-47). American Psychological Association.
- The Cleveland Clinic (2016). *Center for Consumer Health and Information*. <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s4062.asp?index=4062>
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y estrés*, 9(2-3), 231-254.

- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, *1*(2), 125-137.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia*, *6*(1), 123-136. <https://doi.org/10.21500/19002386.1175>
- Viñas, F., Caparrós, B. y Masegú, C. (1999). *Estratègies d'afrontament i simptomatologia somàtica autoinformada*. XIVena Reunió Anual de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament; El Masnou (Barcelona).
- von Eye, A. y Brandstädter, J. (1998). The wedge, the fork, and the chain: Modeling dependency concepts using manifest categorical variables. *Psychological Methods*, *3*(2), 169-185. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.3.2.169>
- Wiebe, D. J. y McCallum, D. M. (1986). Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology*, *5*(5), 425-438. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.5.5.425>
- Zubialde, J. P., Mold, J. y Eubank, D. (2009). Outcomes that matter in chronic illness: A taxonomy informed by self-determination and adult-learning theory. *Families, Systems, & Health*, *27*(3), 193-200. <https://doi.org/10.1037/a0016749>