

## Escala de Encuentro de Beneficio para pacientes cardíacos

Pilar Sanjuán<sup>1</sup>, Cristina García-Zamora<sup>1</sup>, Alejandro Magallares<sup>1</sup>, Henar Arranz<sup>2</sup> y Almudena Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

<sup>2</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

**Resumen:** El encuentro de beneficio, que se define como la percepción de cambios positivos por parte del individuo como resultado de su enfrentamiento a un suceso vital adverso, ha sido asociado con bienestar emocional y mejor salud. El objetivo del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la Benefit Finding Scale (BFS; Antoni et al., 2001) en una muestra de pacientes que acababan de sufrir un primer episodio cardíaco ( $n = 153$ ). Los resultados mostraron que en la escala se pueden distinguir tres dimensiones que recogen aspectos relacionados con el crecimiento personal, la importancia de la familia y la aceptación de las situaciones, aunque también es posible emplearla como una escala unidimensional. Tanto la escala total como las tres subescalas mostraron alta consistencia interna y estabilidad temporal relativa, así como adecuada validez de criterio. Se concluye que puede ser empleada con total garantía y se discute la idoneidad de realizar análisis confirmatorios.

**Palabras clave:** Encuentro de beneficio; afecto positivo; pacientes cardíacos; propiedades psicométricas; recursos psicológicos

**Abstract:** *Benefit Finding Scale for cardiac patients.* Benefit finding, which is defined as the perception of positive changes by the individual because of his confrontation with an adverse life event, has been associated with emotional well-being and better health. The main objective of this study was to analyze the psychometric properties of the Benefit Finding Scale (BFS; Antoni et al., 2001) in a sample of patients who had just suffered a first cardiac event ( $n = 153$ ). The results showed that in this scale three dimensions can be distinguished which collect aspects of personal growth, the importance of family and acceptance of situations, although it can also be used as a one-dimensional scale. Both the total scale and the three subscales showed high internal consistency and relative temporal stability, and adequate criterion validity. It is concluded that it can be used with full warranty and the suitability of confirmatory analyses is discussed.

**Keywords:** Benefit finding; positive affect; cardiac patients; psychometric properties; psychological resources

### Introducción

Cuando las personas se ven sometidas a situaciones altamente estresantes o incluso amenazantes para su vida pueden mostrar diferentes efectos adversos, llegando incluso a presentar síntomas de lo que se conoce como trastorno de estrés postraumático. Sin embargo,

en los últimos años, diferentes estudios están poniendo de relieve que en estas circunstancias especialmente adversas las personas también pueden mostrar efectos positivos (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006). El Encuentro de Beneficio (EB) o crecimiento relacionado con el estrés, se define como la percepción de cambios positivos por parte del individuo como resultado de su enfrentamiento a un suceso vital adverso (Tedeschi y Calhoun, 1996). Estos cambios ocurren fundamentalmente en dominios como el social (produciéndose cambios positivos en las relaciones interpersonales), cognitivo (percibiéndose mejoras en las capacidades personales) y espiritual (incrementándose la apreciación de la vida y cambiando las prioridades) (Tedeschi y Calhoun, 1996).

Recibido: 27 julio 2016; aceptado: 23 febrero 2017.

*Correspondencia:* Pilar Sanjuán, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, C/ Juan del Rosal, 10, Ciudad Universitaria, 28040 Madrid, España. Correo-e: psanjuan@psi.uned.es

*Agradecimientos:* Este trabajo ha sido en parte realizado mediante un Proyecto subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España [Referencia: PSI2012-33708].

Aunque el EB derivado de sucesos adversos tales como sufrir un asalto, participar en una guerra, experimentar algún desastre natural o cuidar por períodos prolongados de familiares enfermos ha sido estudiado (Helgeson et al., 2006; Kim, Schulz, y Carver, 2007), la gran mayoría de los estudios se han focalizado en el EB derivado del padecimiento de cáncer (Cavell, Broadbent, Donkin, Gear, y Morton, 2015; Kangas, Willians, y Smee, 2011), sobre todo de mama y próstata (Carver y Antoni, 2004; Luszczynska, Mohamed y Schwarzer, 2005; Urcuyo, Boyers, Carver y Antoni, 2005). El BF derivado del enfrentamiento a otras enfermedades como esclerosis múltiple (Pakenham y Cox, 2009), VIH/SIDA (Littlewood, Venable, Carey y Blair, 2008) o enfermedades cardíacas (Affleck, Tennen, Croog, y Levine, 1987; Garnefski, Kraaij, Schroevers y Somsen 2008; Leung et al., 2010) ha recibido todavía poca atención. Muy recientemente se está empezando a plantear que el EB no tiene por qué derivarse exclusivamente del afrontamiento de sucesos traumáticos, sino que puede ocurrir también del afrontamiento del estrés en la vida cotidiana (Cassidy, McLaughlin, y Giles, 2014).

El EB ha sido asociado con mayor bienestar emocional tanto en personas sanas de la población general (Cassidy, Giles y McLaughlin, 2014), como en pacientes con diferentes trastornos (Carver y Antoni, 2004; Littlewood et al., 2008; Pakenham y Cox, 2009; Urcuyo et al., 2005), incluidos los cardíacos (Garnefski et al., 2008; Leung et al., 2010). La relación entre EB y el bienestar es de suma relevancia para los distintos colectivos de enfermos, ya que el bienestar se ha asociado a mayor longevidad (Diener y Chan, 2011) y menor tasa de mortalidad entre personas con diferentes enfermedades (Chida y Steptoe, 2008). Los estudios también han mostrado que los efectos beneficiosos del bienestar son más pronunciados para la salud cardiovascular (Boehm y Kubzansky, 2012; Diener y Chan, 2011), encontrándose menor tasa de infartos de miocardio entre aquellas personas que informaban mayor bienestar (Davidson, Mostofsky, & Whang, 2010).

Además existe alguna evidencia sobre los efectos beneficiosos del EB sobre la salud física (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998; McGregor y Antoni, 2009). En el caso concreto de las enfermedades cardíacas, se ha encontrado que después de controlar variables relevantes como la edad, el estatus socioeconómico y la severidad de la enfermedad, entre aquellos pacientes que experimentaban EB 7 semanas después de haber sufrido un infarto de miocardio, había menor probabilidad de que sufrieran un nuevo infarto y menores niveles de morbilidad 8 años después (Affleck et al., 1987).

Hay que señalar que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en el mundo, así como una de las principales causas de incapacidad prematura (Organización Mundial de la Salud, 2014), por lo que conocer todos aquellos factores que puedan tener un efecto beneficioso en la salud cardiovascular puede ser importante de cara a la prevención de este tipo de trastornos.

Tal como hemos señalado previamente, los cambios recogidos por el constructo de EB se refieren fundamentalmente a la mejora de las relaciones interpersonales y de las capacidades personales, así como a una visión más positiva de uno mismo, que son aspectos también recogidos por los constructos de apoyo social, afrontamiento efectivo y autoeficacia respectivamente. Algunos estudios, realizados con muestras de pacientes con cáncer, han mostrado que el EB se asocia con mayor apoyo social e incrementos de la percepción de autoeficacia (Luszczynska et al., 2005), así como a un mayor uso de las estrategias centradas en la solución de los problemas y la reestructuración cognitiva positiva de las situaciones, que son las estrategias consideradas más efectivas (Cavell et al., 2015; Kinsinger et al., 2006; Luszczynska et al., 2005; Urcuyo et al., 2005). Los escasos estudios realizados con pacientes cardíacos también han mostrado una relación entre el EB y el uso de estrategias de afrontamiento efectivas (Garnefski et al., 2008) y el apoyo social (Leung et al., 2010).

Dados los vínculos que el EB mantiene con la salud y el bienestar emocional es necesario contar con instrumentos que sean fiables y válidos que nos permitan una correcta evaluación. La escala desarrollada por Antoni y sus colaboradores (Benefit Finding Scale: BFS; Antoni et al., 2001) es una de las más empleadas para evaluar el EB, y fue en principio puesta a prueba en una muestra de pacientes con cáncer, y es en la población en la que más se ha empleado posteriormente, aunque también se ha aplicado a otros colectivos, como personas con VIH (Seay et al., 2014) o cuidadores de enfermos crónicos (Kim et al., 2007). La escala consta de 17 ítems que valoran la percepción de beneficios en diferentes esferas de la vida como la aceptación de las imperfecciones que esta tiene, la toma de conciencia del papel que juegan las demás personas, y el desarrollo de un sentido de propósito.

En el estudio inicial con pacientes con cáncer (Antoni et al., 2001), el análisis factorial exploratorio (AFE) arrojó 4 factores con valores propios mayores de 1, pero mientras que el autovalor del primer factor era 7.73, los siguientes 3 factores tenían valores propios que iban de 1.56 a 1. Además, todos los ítems cargaban por encima de .5 en la solución de un único fac-

tor y la consistencia interna de todos los ítems tomados conjuntamente fue muy elevada (.95), por lo que los autores sugirieron que el cuestionario era mejor emplearlo como una escala unidimensional, defendiendo el cálculo de una única puntuación global. En un estudio posterior, llevado a cabo por Urcuyo y colaboradores (2005), también con una muestra de pacientes con cáncer, se obtuvieron 4 factores mediante un AFE, y de la misma manera, entre los valores propios del primero y el segundo se producía una gran diferencia (de 7.02 a 1.5). Por otra parte, también todos los ítems tenían pesos de al menos .47 en la solución de un factor, por lo que también concluyeron que lo más razonable era tratar a la escala como unidimensional, lo que se ha confirmado posteriormente en algún estudio que ha obtenido soluciones factoriales con un único factor (Kangas et al., 2011). Debido a ello, algunos estudios han empleado la escala como unidimensional (Seay et al., 2014).

Otros estudios que han realizado AFE han arrojado 4 (Luszczynska et al., 2005) o 6 factores (Kim et al., 2007). Los 4 factores obtenidos en el estudio de Luszczynska y colaboradores (2005) con una muestra de pacientes con cáncer fueron: aceptación de las imperfecciones de la vida, crecimiento personal, cambios positivos en las relaciones personales e incrementos en la sensibilidad hacia otras personas, mientras que los 6 factores obtenidos por Kim y colaboradores (2007) con una muestra de cuidadores de pacientes con cáncer fueron: aceptación, empatía, apreciación, familia, autopercepción positiva y repriorización. Además de la discrepancia en el número de factores obtenidos, hay que señalar que los factores que hacen referencia a idéntico contenido, aunque tengan denominaciones no exactamente iguales, no incluyen los mismos ítems. Así, por ejemplo, en el factor relaciones y en el de cambios positivos en las relaciones interpersonales, que tienen denominaciones semejantes, saturan ítems completamente distintos, y lo mismo ocurre con los factores crecimiento personal y autopercepción positiva, o entre empatía y sensibilidad a los otros. Verdaderamente sólo se encuentran coincidencias en los ítems del factor aceptación. Es necesario señalar que la ocurrencia de un episodio cardiaco reduce sustancialmente la capacidad física funcional de los pacientes, lo que tiene un impacto negativo en su estado psicológico (Sanjuán, Arranz, y Castro, 2014).

De acuerdo con todas las evidencias presentadas, el objetivo principal del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la versión española de la BFS (Antoni et al., 2001) en una muestra de pacientes que acababan de sufrir un primer episodio car-

diaco. Específicamente pretendíamos explorar las dimensiones de la escala, estudiar su consistencia interna, analizar la estabilidad temporal (tanto absoluta como relativa) en un período de 8 semanas, y estudiar su validez de criterio, a través del análisis de las relaciones mostradas con bienestar emocional y recursos psicosociales tales como la autoeficacia, el afrontamiento efectivo y el apoyo social. Además, pretendíamos estudiar las relaciones señaladas previamente controlando la capacidad funcional, que fue valorada mediante un test de estrés cardiaco.

## Método

### *Participantes y procedimiento*

La muestra estuvo compuesta por 154 pacientes cardiacos que fueron reclutados para este estudio en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca (URC) del Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco el día que iban a iniciar la Fase II de un Programa de Rehabilitación Cardiaca (FII-PRC). El tiempo transcurrido entre la hospitalización (Fase I) y el comienzo de la Fase II varía dependiendo de la severidad del episodio cardiaco, y la Fase II sólo comienza cuando el médico considera que la realización de ejercicio físico no supone un riesgo para el paciente.

A los pacientes que iban a empezar la Fase II del PRC y que cumplían con el requisito de haber sufrido un primer episodio cardiaco se les ofrecía la oportunidad de participar en nuestro estudio. Aquellos que voluntariamente decidían participar eran entrevistados por uno de los autores para recoger datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, estatus ocupacional y tipo de convivencia) y clínicos (tiempo transcurrido desde el diagnóstico, dado que guarda relación con la capacidad funcional), así como descartar trastornos psiquiátricos. Los pacientes se incluían solo si no tenían historia de síntomas psicóticos ni sufrían deterioro cognitivo. Otras enfermedades crónicas graves eran descartadas antes de ser derivados a la URC para empezar la Fase II. El Comité de Bioética del hospital aprobó el protocolo y cada paciente firmó un consentimiento informado después de la entrevista.

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

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

	Tiempo 1 Inicial	Tiempo 2 Final
N	153	96
Género (% de varones)	85	83.3
Edad [ <i>M</i> ( <i>DT</i> )]	54.7 (8.81)	57.74 (8.57)
Tiempo desde el diagnóstico [ <i>M</i> ( <i>DT</i> )]	32.02 (32.70)	34.65 (36.78)
Estatus ocupacional <sup>a</sup>	57.5	61.5
Tipo de convivencia <sup>b</sup>	90.8	89.6
Nivel educativo <sup>c</sup>		
con educación primaria	26.8	26
con educación secundaria	30.7	34.4
con educación universitaria	42.5	39.6

Nota. <sup>a</sup> = % de pacientes empleados antes del evento cardiaco; <sup>b</sup> = % de pacientes que viven con su familia; <sup>c</sup> = % de pacientes.

### Instrumentos

En el Tiempo 1, los pacientes que habían mostrado su conformidad en participar en el estudio, realizaban las siguientes pruebas: *Escala de Encuentro de Beneficio* (EEB; Antoni et al., 2001), *Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida* (Ruiz y Baca, 1993), *Cuestionario COPE abreviado* (Carver, 1997), *Escala de Autoeficacia General* (Baessler y Schwarzer, 1996; versión española de Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez, 2000), *Escalas de Afecto Positivo y Negativo* (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988; versión española de Sandín et al., 1999), y *Capacidad funcional*. En el Tiempo 2, 8 semanas después, los pacientes volvían a cumplimentar la *Escala de Encuentro de Beneficio* (Antoni et al., 2001).

*Escala de Encuentro de Beneficio* (EEB; Antoni et al., 2001). La escala fue traducida del inglés al español por uno de los autores. Después un profesor nativo inglés realizó la retrotraducción. Las escasas discrepancias encontradas fueron fácilmente resueltas mediante discusión. La escala consta de 17 ítems que recogen la percepción de beneficios en diferentes áreas como el afrontamiento de las situaciones, las relaciones interpersonales incluyendo las relaciones con la familia, o los recursos personales. Los participantes contestaron a cada uno de los ítems mediante escalas tipo Likert de 7 puntos, donde el «0» equivale a «Nada» y el «6» a «Mucho» en función del grado en que lo expresado en el ítem les fuera aplicable. La puntuación total se calcula haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen la escala, indicando puntuaciones más elevadas una mayor percepción de beneficios.

En la presente muestra el coeficiente alfa de la escala total fue .93.

*Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida* (Ruiz y Baca, 1993). Esta subescala consta de 8 ítems que valoran el tipo de relaciones establecidas con la familia y los amigos así como el nivel del apoyo social percibido. Los participantes responden a cada uno de los ítems con escalas tipo Likert de 7 puntos, donde el «0» equivale a «Nada» y el «6» a «Totalmente», en función del grado que mejor refleje su situación personal en el momento de la evaluación. La puntuación total se calcula haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen la subescala, indicando puntuaciones más elevadas un mayor apoyo social. El coeficiente alfa en la actual muestra fue de .89.

*Cuestionario de afrontamiento COPE abreviado* (Carver, 1997). De acuerdo con los propósitos de este estudio empleamos la adaptación al español (Sanjuán, Magallares, Ávila y Arranz, 2016) de una versión corta de este cuestionario propuesta por Eisenberg, Shen, Schwarz y Mallon (2012) para pacientes cardíacos y que consta de 14 ítems. La escala valora las diferentes estrategias empleadas para afrontar las distintas dificultades encontradas mediante escalas tipo Likert de 7 puntos, en las que el «0» equivale a «No, en absoluto» y el «6» a «Totalmente» de acuerdo con el grado con que cada participante emplee cada una de las estrategias recogidas en los ítems. De acuerdo con la literatura sobre afrontamiento (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003), la recomendación del propio Carver (1997) y los resultados de un análisis factorial llevado a cabo con los datos actuales, se calculó la puntuación en una subescala a la que se denominó afrontamiento efectivo y que incluía 3 ítems, 2 relativos a la solución de problemas (afrontamiento activo y planificación) y 1 de reevaluación positiva de las situaciones. La puntuación se calculó haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los 3 ítems que la componían, con puntuaciones más elevadas indicando más uso del tipo de estrategias evaluadas. En la presente muestra se alcanzó un coeficiente alfa de .82.

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

los ítems que componen la escala, señalando las puntuaciones altas mayor percepción de autoeficacia. En la muestra actual el coeficiente alfa fue de .92.

*Escalas de Afecto Positivo y Negativo* (PANAS; Watson et al., 1988; versión española: Sandín et al., 1999). Esta escala consta de 20 ítems, 10 relativos a la dimensión de afecto positivo y otros 10 que miden afecto negativo. Para los propósitos de este estudio sólo empleamos la subescala de afecto positivo. Los participantes contestaron según una escala que variaba entre «0» (Nada en absoluto) y «6» (Totalmente) en función del grado que mejor reflejase cómo se habían sentido en la última semana. La puntuación se obtiene haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que componen dicha subescala, indicando las puntuaciones altas mayor afecto positivo.

*Capacidad funcional.* Se valoró mediante una prueba de estrés cardiaco, en una cinta rodante. La unidad de medida de esta capacidad es el equivalente metabólico estándar o MET. Un MET equivale a la energía (oxíge-

no) que el cuerpo usa en reposo, mientras que se está sentado o leyendo un libro, por ejemplo. A través de la prueba de estrés cardiaco se registra el máximo número de METs alcanzado por el paciente, lo que permite predecir las actividades que el paciente podrá realizar sin problemas.

## Resultados

Para conocer las dimensiones de la EEB realizamos un análisis factorial exploratorio (AFE), que es la metodología aconsejada cuando no se conoce la posible agrupación de los datos (Cardozo, Guarino, y Rondón, 2016; Lloret, Ferreres, Hernández, y Tomás, 2014). Dado que la muestra estaba formada por 153 participantes y la escala tiene 17 ítems, se excede el criterio aconsejado de 5:1 respecto al tamaño muestral requerido para poder realizar el AFE (Martínez, Gázquez, y Sousa, 2012). Previamente a llevar a cabo el AFE mediante el método de componentes principales y rotación varimax (método

Tabla 2. Resultados del análisis factorial exploratorio realizado con los ítems de la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio para pacientes cardiacos ( $N = 153$ )

Ítems de la EEB	F-1	F-2	F-3
1. Me ha llevado a una mayor aceptación de las cosas	.20	.12	<b>.82</b>
2. Me ha enseñado cómo ajustarme a las cosas que no puedo cambiar	.22	.17	<b>.84</b>
3. Me ha ayudado a tomarme las cosas como vienen	.16	.29	<b>.74</b>
4. Me ha unido más a mi familia	.01	<b>.74</b>	.36
5. Me ha hecho más sensible a los temas familiares	.12	<b>.78</b>	.26
6. Me ha enseñado que todas las vidas tienen sentido	.33	<b>.65</b>	.39
7. Me ha mostrado que todo el mundo necesita ser querido	.35	<b>.72</b>	.25
8. Me ha hecho darme cuenta de la importancia de planificar el futuro de mi familia	.39	<b>.65</b>	-.05
9. Me ha hecho estar más consciente y preocupado por el futuro de todos los seres humanos	<b>.58</b>	.52	.13
10. Me ha enseñado a ser paciente.	<b>.51</b>	.35	.48
11. Me ha llevado a afrontar mejor el estrés y los problemas	<b>.61</b>	.16	.44
12. Me ha llevado a conocer a personas que se han convertido en algunos de mis mejores amigos	<b>.75</b>	.18	.14
13. Ha contribuido a mi crecimiento emocional y espiritual en general	<b>.78</b>	.11	.25
14. Me ha ayudado a ser más consciente del cariño y apoyo que me dan otras personas	.32	<b>.66</b>	.09
15. Me ha ayudado a darme cuenta de quienes son mis verdaderos amigos	<b>.63</b>	.39	-.06
16. Me ha ayudado a centrarme en las verdaderas prioridades, en el sentido que la vida tiene	<b>.61</b>	.26	.35
17. Me ha ayudado a convertirme en una persona más fuerte, más capaz de hacer frente con eficacia a los desafíos de la vida futura	<b>.67</b>	.26	.35
Valor propio	4.00	3.83	3.12
Porcentaje de varianza explicado	23.53	22.55	18.34
Porcentaje de varianza acumulado	23.53	40.08	64.41

Nota. F-1 = Crecimiento personal, F-2 = Familia, F-3= Aceptación.

normalización de Kaiser) con los distintos ítems que componen la EEB, procedimos a calcular el Test de Esfericidad de Bartlett, que fue estadísticamente significativo ( $\chi^2 = 1524.77$ ,  $gl = 136$ ,  $p < .001$ ), y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .90$ ), que excedía el valor mínimo requerido de  $.5$ , señalando la idoneidad de los datos para poder realizar dicho análisis factorial.

Tal como podemos ver en la Tabla 2, el análisis arrojó una solución de 3 factores con valores propios mayores que 1 y que explicaban en total un 64.41% de la varianza. Para asignar los ítems a los factores, teniendo en cuenta también que la muestra es inferior a 200, se siguió el criterio de retener saturaciones por encima de  $.5$  (Williams, Brown, y Onsmán, 2010). De acuerdo con el contenido de los ítems, el Factor 1 gira en torno a la mejora en los recursos personales, las relaciones interpersonales y las repriorizaciones, por lo que lo denominaremos «Crecimiento personal»; el contenido de los ítems del Factor 2 se focaliza en la importancia de la familia y la empatía hacia los demás, debido a lo cual le llamaremos «Familia», y el Factor 3 se centra en la aceptación de las situaciones, por lo que nos referiremos a él como «Aceptación». En los tres factores, las saturaciones factoriales de los ítems que los componen fueron muy elevadas, oscilando en el primero entre  $.52$  y  $.78$ , en el segundo entre  $.65$  y  $.78$  y en el tercero entre  $.74$  y  $.84$ .

Una vez obtenida esta estructura factorial, además de la puntuación total en la EEB, procedimos a calcular las puntuaciones de las tres subescalas, correspondientes a cada uno de los tres factores obtenidos, haciendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que las componían. En la Tabla 3 podemos ver las correlaciones entre todas las puntuaciones obtenidas, así como los coeficientes alfa de las subescalas en la diagonal.

Tabla 3. Correlaciones entre las diferentes puntuaciones de la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio y coeficientes de fiabilidad de las subescalas ( $n=153$ )

	2	3	4
1. EB-Total	.93***	.88***	.70***
2. EB –Crecimiento personal	<b>.89<sup>a</sup></b>	.70***	.56***
3. EB -Familia		<b>.87<sup>a</sup></b>	.52***
4. EB - Aceptación			<b>.84<sup>a</sup></b>

Nota. EB = Encuentro de Beneficio; <sup>a</sup> = coeficientes  $\alpha$  de las subescalas. \*\*\* =  $p < .001$

Como puede observarse las correlaciones de las tres subescalas con la escala total fueron muy elevadas, de la misma manera que las correlaciones de las distintas

subescalas entre sí. Debido a esta circunstancia y siguiendo el procedimiento seguido por otros autores (Antoni et al., 2001; Urcuyo et al., 2005) llevamos a cabo otro AFE en el que forzamos una solución de un único factor. En este factor, que explicaba el 47.08% de la varianza, todos los ítems de la escala alcanzaron saturaciones factoriales entre  $.60$  y  $.79$ .

Para estudiar las posibles asociaciones que las variables clínicas (METs y tiempo desde el diagnóstico) y sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estatus ocupacional y tipo de convivencia) podían tener con las variables psicológicas (EB-total, EB-crecimiento personal, EB-familia, EB-aceptación, afecto positivo, apoyo social, autoeficacia y afrontamiento efectivo) se calcularon correlaciones de Pearson entre ellas.

El estatus ocupacional mostró correlaciones significativas con el afecto positivo ( $-.25$ ,  $p < .01$ ), la autoeficacia ( $-.16$ ,  $p < .05$ ), el apoyo social ( $-.24$ ,  $p < .01$ ) y el afrontamiento efectivo ( $-.19$ ,  $p < .05$ ), lo que significa que aquellos pacientes que no estaban en activo en el momento del evento cardíaco informaban menos afecto positivo, autoeficacia, apoyo social y afrontamiento efectivo. Además, la edad y el tipo de convivencia también correlacionaban significativamente con apoyo social ( $-.18$  y  $.18$ , respectivamente,  $ps < .05$ ), lo que implica que los pacientes más jóvenes y que viven acompañados de su familia tienen más apoyo social. Por otra parte, la subescala de EB-familia mantenía correlaciones significativas con el tipo de convivencia ( $.16$ ,  $p < .05$ ) y el nivel de estudios ( $-.18$ ,  $p < .02$ ), lo que indica que los que viven acompañados y con menor nivel de estudios puntuaban más en esta escala. Por último, la subescala EB-aceptación correlacionaba significativamente con el nivel de estudios ( $-.16$ ,  $p < .05$ ) y el tiempo desde el diagnóstico ( $-.23$ ,  $p < .01$ ), lo que significa que aquellos con menos nivel de estudios y con menos tiempo desde su diagnóstico puntuaban más en esta escala. Estas variables clínicas y sociodemográficas se controlaron en los análisis posteriores cuando se tomaron en consideración las variables psicológicas con las que mantenían correlaciones significativas.

Con el fin de estudiar la estabilidad temporal de las distintas puntuaciones obtenidas en la EEB se emplearon dos estrategias de análisis. La primera, para estudiar la estabilidad absoluta, consistió en conducir diferentes análisis de varianza de un factor manipulado intra-sujetos (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) con las distintas puntuaciones de la EEB como variables dependientes. La segunda tuvo como finalidad estudiar la estabilidad relativa, lo que se realizó mediante el cálculo de los coeficientes test-retest con las puntuaciones de la EEB del Tiempo 1 y del 2. Los resultados, que pueden ser vistos en la Ta-

bla 4, indican que tanto el EB total como la subescala de crecimiento personal se incrementaron significativamente en el Tiempo 2 en comparación con el Tiempo 1. Esto significa que hubo cambios absolutos en estas dos variables. Sin embargo, los coeficientes test-retest de la

puntuación total y de todas las subescalas fueron elevados y altamente significativos, lo que implica estabilidad relativa de las puntuaciones o, en términos psicométricos, alta fiabilidad entendida como estabilidad temporal.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos, correlaciones y resultados de los análisis de varianza (Tiempo 1 vs. Tiempo 2) (n = 96)

	Tiempo 1	Tiempo 2	<i>F</i> (1,95)	$\eta^2_p$	$r_{T1-T2}$
	Media (DT)	Media (DT)			
EB-Total	3.97 (1.16)	4.30 (1.01)	11.77***	.11	.64***
EB-Crecto. personal	3.59 (1.39)	4.09 (1.14)	19.88***	.18	.66***
EB-Familia <sup>a</sup>	4.42 (1.27)	4.59 (1.08)	0.41	.00	.57***
EB-Aceptación <sup>b</sup>	4.08 (1.22)	4.27 (1.20)	0.14	.00	.35***

Nota. EB = Encuentro de Beneficio. <sup>a</sup> después de controlar el tipo de convivencia y el nivel de estudios; <sup>b</sup> después de controlar el nivel de estudios y el tiempo desde el diagnóstico. \*\*\* =  $p < .001$

Con el fin de analizar la validez de criterio, procedimos a calcular las correlaciones que las distintas subes-

calas de la EEB mantenían con afecto positivo y los recursos psicosociales, que pueden ser vistas en la Tabla 5.

Tabla 5. Correlaciones parciales de las diferentes puntuaciones de la Escala de Encuentro de Beneficio con afecto positivo y recursos psicosociales (n = 153)

	Afecto Positivo	Apoyo Social	Auto-Eficacia	Afrontamiento Efectivo
EB-Total	.35 <sub>a</sub> ***	.18 <sub>d</sub> *	.24 <sub>a</sub> **	.13 <sub>a</sub>
EB-Crecimiento personal	.36 <sub>a</sub> ***	.15 <sub>d</sub> <sup>o</sup>	.20 <sub>a</sub> **	.13 <sub>a</sub>
EB -Familia	.22 <sub>b</sub> **	.13 <sub>c</sub>	.21 <sub>b</sub> **	.07 <sub>b</sub>
EB - Aceptación	.32 <sub>c</sub> ***	.16 <sub>f</sub>	.23 <sub>c</sub> **	.21 <sub>c</sub> *

Notas: EB = Encuentro de Beneficio; Estatus como trabajador: En activo = 1 y No activo = 2; Tipo de convivencia: Solo = 1 y Acompañado = 2; Nivel de estudios: Primarios = 1; Secundarios = 2 y Universitarios = 3. <sup>a</sup> después de controlar el estatus como trabajador; <sup>b</sup> después de controlar el estatus como trabajador, el nivel de estudios y tipo de convivencia; <sup>c</sup> después de controlar la edad, el estatus como trabajador y el tipo de convivencia; <sup>d</sup> después de controlar el estatus como trabajador, el nivel de estudios y el tiempo desde el diagnóstico; <sup>e</sup> después de controlar la edad, el estatus como trabajador, el nivel de estudios y tipo de convivencia; <sup>f</sup> después de controlar la edad, el estatus como trabajador, el nivel de estudios, el tipo de convivencia y el tiempo desde el diagnóstico. <sup>o</sup>  $p = .07$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tal como queda recogido en la Tabla 5, las puntuaciones tanto de la escala total como de todas las subescalas mantenían correlaciones significativas con afecto positivo y autoeficacia. La subescala de aceptación fue la única que mostró una correlación significativa con el afrontamiento efectivo, mientras que la escala total y la subescala de crecimiento personal mantuvieron correlaciones con apoyo social, siendo en el caso de la subescala de crecimiento personal sólo marginalmente significativa.

## Discusión

El principal objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la EEB (Antoni et al., 2001) en una muestra de pacientes que acababan de su-

frir un primer episodio cardiaco. Específicamente pretendíamos explorar sus dimensiones y analizar su consistencia interna, su estabilidad temporal (absoluta y relativa) y su validez de criterio.

Respecto a la estructura factorial de la EEB, los estudios previos habían arrojado soluciones de 1 (Kangas et al., 2011) y 4 factores (Antoni et al., 2001; Luszczynska et al., 2005; Urcuyo et al., 2005) en muestras de pacientes con cáncer y de 6 factores (Kim et al., 2007) con una muestra de cuidadores de personas con cáncer. Sin embargo, en el estudio actual con pacientes cardiacos, el análisis factorial realizado ha arrojado 3 factores. Al primero le hemos denominado crecimiento personal ya que incluye ítems que recogen las mejoras en los recursos personales y en las relaciones interpersonales, así como las repriorizaciones; el segundo ha sido llamado familia

pues comprende ítems que reflejan la importancia de la familia y la empatía hacia los demás; y al tercero le hemos llamado aceptación pues recoge los ítems centrados en la aceptación de las situaciones. Las tres subescalas derivadas de los tres factores obtenidos, han logrado coeficientes de consistencia interna elevados. El único factor en el que existe coincidencia, tanto entre los estudios previos (Kangas et al., 2011; Luszczynska et al., 2005), como con el actual es el que recoge la aceptación de las situaciones. Debido a estas discrepancias sería necesario que en futuros estudios, que pudieran contar con muestras más elevadas, se realizaran análisis factoriales confirmatorios que nos permitieran conocer cuál es la estructura que resulta más satisfactoria y comprobar si ésta cambia en función del tipo de muestra analizada.

Por otra parte, y como ocurría en algunos de los estudios previos (Antoni et al., 2001; Urcuyo et al., 2005), con nuestros datos la solución de un único factor también parece plausible, pues todos los ítems alcanzaron saturaciones superiores a .60 en el factor, y, además, la consistencia interna mostrada por el conjunto de todos los ítems también fue muy elevada, llegando hasta .93, que se considera excelente por algunos expertos (George y Mallery, 2003). No obstante, queremos señalar que otros autores sugieren la posibilidad de que los ítems puedan ser redundantes cuando los coeficientes superan el .90 (Streiner, 2003). Sin embargo, dado que con la escala original se han obtenido coeficientes muy por encima de .90 al considerarla unidimensional (Antoni et al., 2001) y sus creadores no se han planteado la eliminación de ningún ítem, nosotros hemos mantenido también todos ellos.

En relación con la eliminación de ítems, queremos destacar también que los número 9 y 10 se han incluido en el factor 1 (crecimiento personal) puesto que tenían saturaciones en el mismo de .58 y .51 respectivamente; sin embargo, estos ítems mostraban saturaciones muy cercanas a las logradas en el factor 1 (.52 y .48) en los factores 2 y 3 respectivamente. Aunque nosotros los hemos mantenido debido a que la subescala de crecimiento personal derivada del factor 1 mostraba una consistencia interna muy elevada (.89), en futuros estudios será necesario comprobar si estos ítems mantienen el patrón de saturaciones obtenido y si tienen algún efecto negativo en la consistencia interna de la subescala, en cuyo caso se podría plantear su eliminación.

Los resultados obtenidos respecto a la estabilidad temporal teniendo en cuenta tanto análisis absolutos como relativos, indican que, si bien las puntuaciones en EB aumentan según transcurre el tiempo, siendo estadísticamente significativos estos cambios absolutos en el caso de la puntuación total y de la subescala de creci-

miento personal, las puntuaciones mantienen su posición relativa. Este hecho, que queda reflejado en los elevados y significativos coeficientes test-retest tanto de la escala total como de las subescalas, significa en términos psicométricos, que todas las puntuaciones muestran alta fiabilidad, también cuando ésta es entendida como consistencia temporal.

Los cambios absolutos también reflejan que el EB requiere un tiempo después del suceso para su desarrollo, tal como otros autores han señalado previamente (Hegeleson et al., 2006). El hecho de que no todas las subescalas muestren incrementos significativos señala que los distintos componentes pueden requerir de diferentes tiempos para su completo desarrollo. Estudios posteriores deberían hacer un seguimiento de los pacientes a más largo plazo para poder comprobar el tiempo requerido por cada uno de los componentes del EB para desarrollarse.

En cuanto a la validez de criterio, después de controlar las variables sociodemográficas y clínicas relevantes, tanto la escala total como las distintas subescalas mostraron correlaciones significativas con afecto positivo. Por ello, se podría decir que el EB medido por esta escala puede predecir el afecto positivo de los pacientes que acaban de sufrir un episodio cardiaco. Respecto a las relaciones con recursos psicosociales, de la misma manera, todas las puntuaciones mostraron correlaciones significativas con autoeficacia. Sólo la subescala de aceptación mostró correlaciones significativas con afrontamiento efectivo, mientras que la escala total y la subescala de crecimiento personal correlacionaron con apoyo social, aunque en el último caso la correlación sólo fue marginalmente significativa. Este patrón diferencial de correlaciones entre los componentes del EB y los recursos, parece sugerir que sí podría resultar adecuado distinguir entre los diferentes componentes del EB, pues a partir de ellos, se podrían derivar predicciones distintas. Además, las tres subescalas logran muy buenos coeficientes de consistencia interna que oscilan entre .84 y .89 (George y Mallery, 2003; Streiner, 2003).

Los resultados obtenidos en este estudio tienen algunas importantes implicaciones en relación a los pacientes cardiacos, pues el EB en estos pacientes no sólo se relaciona con emociones positivas, tal como han mostrado otros estudios previos (Garnefski et al., 2008; Leung et al., 2010), sino que también se asocia con los recursos personales y psicosociales que más fuertemente han sido vinculados tanto al bienestar emocional (Ben-Zur, 2009; Sanjuán y Ávila, 2016; Scholz, Kliegel, Luszczynska y Knoll, 2012; Yeung y Lu, 2014) como a un mejor pronóstico de la enfermedad (Stanton, Revenson y Tennen, 2007). Hay que destacar también que las emociones po-



sitivas han mostrado jugar un rol importante en el pronóstico de los pacientes cardiacos (Boehm y Kubzansky, 2012; Chida y Steptoe, 2008; Davidson et al., 2010; Diener y Chan, 2011). Por todo ello, se recomienda incluir módulos específicos en los Programas de Rehabilitación Cardíaca que tengan como objetivo la promoción de todos aquellos procesos que faciliten el desarrollo de las emociones positivas, así como la manera más adecuada de responder a la enfermedad, posibilitando una rápida recuperación y evitando las recaídas.

Además de las limitaciones ya señaladas, como la necesidad de contar con muestras más amplias que permitan realizar análisis confirmatorios o hacer seguimientos a más largo plazo para poder comprobar el tiempo que los distintos componentes del EB necesitan para desarrollarse, es necesario indicar otras limitaciones del estudio. Una de éstas es la infrarrepresentación de las mujeres en la muestra estudiada. Aunque el número de mujeres afectadas por dolencias cardíacas es menor que el de varones (Medrano, Boix, Cerrato y Ramirez, 2006), y a pesar de que no hemos detectado diferencias en el encuentro de beneficio en función del sexo, en estudios futuros sería conveniente contar con mayor número de mujeres que nos permitiera formar subgrupos y comprobar si existen diferencias en las variables medidas o en el patrón de relaciones. Por otra parte, también sería conveniente medir en el Tiempo 2 las variables relativas a los recursos, para poder estudiar la capacidad predictiva a medio y largo plazo, o lo que es lo mismo su validez predictiva, y no sólo la concurrente como aquí se ha hecho.

A pesar de estas limitaciones el presente estudio pone de manifiesto que la versión española de la Escala de Encuentro de Beneficio puede ser empleada con garantías, ya que tanto la escala total como las subescalas presentan alta consistencia interna, estabilidad temporal y buena capacidad predictiva.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. y Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29–35. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.29>.
- Antoni, M., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A., Culver, J., Alferri, S., Yount, S., McGregor, B., Arena, P., Harris, S., Price, A. y Carver, C. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.20.1.20>.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>.
- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, 16, 87-101. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015731>.
- Boehm, J. y Kubzansky, L. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138, 655-691. <http://dx.doi.org/10.1007/s12170-012-0273-x>.
- Bower, J. y Segerstrom, S. (2004). Stress management, finding benefit, and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 9–11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00120-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00120-X).
- Bower, J., Kemeny, M., Taylor, S. y Fahey, J. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979–986. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.979>.
- Cardozo, I., Guarino, L. y Rondón, J. E. (2016). Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 191-200. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17812>.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6).
- Carver, C. y Antoni, M. (2004). Finding Benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595-598. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.595>.
- Cassidy, T., Giles, M. y McLaughlin, M. (2014). Psychosocial capital and health: A resource model of stress using structural equation modelling. *Current Advances in Psychology Research*, 1, 1-7.
- Cassidy, T., McLaughlin, M. y Giles, M. (2014). Benefit finding in response to general life stress: measurement and correlates. *Health Psychology and Behavioural Medicine*, 2, 268-282. <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.889570>.
- Cavell, S., Broadbent, E., Donkin, L., Gear, K. y Morton, R. (2015). Observations of benefit finding in head and neck cancer patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 30 Enero. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-015-3527-7>.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>.
- Davidson, K., Mostofsky, E. y Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: Positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31, 1065–1070. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehp603>.

- Diener, E. y Chan, M. (2011) Happy people live longer: subjective wellbeing contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>.
- Eisenberg, S., Shen, B., Schwarz, E. y Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 253-261. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9358-0>.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. y Somsen, G. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: A matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 270-277. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-008-9136-5>.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update*. Boston: Allyn y Bacon.
- Hegelson, V., Reynolds, K. y Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>.
- Kangas, M., Williams, J. y Smee, R. (2011). Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing. *Brain Impairment*, 12, 105-116. <http://dx.doi.org/10.1375/brim.12.2.105>.
- Kim, Y., Schulz, R. y Carver, C. (2007). Benefit Finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69, 283-291. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180417cf4>.
- Kinsinger, D., Penedo, F., Antoni, M., Dahn, J., Lechner, S. y Schneiderman, N. (2006). Psycho-social and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 954-961. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1028>.
- Leung, Y., Gravelly-Witte, S. MacPherson, A., Irvine, J., Stewart, D. y Grace, S. (2010). Post-traumatic growth among cardiac outpatients: Degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *Journal of Health Psychology*, 15, 1049-1063. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309360577>.
- Littlewood, R., Vanable, P., Carey, M. y Blair, D. (2008). The association of benefit finding to psychosocial and health behavior adaptation among HIV+ men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 145-155. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-007-9142-3>.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30, 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Luszczynska, A., Mohamed, N. y Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health y Medicine*, 10, 365-375. <http://dx.doi.org/10.1080/13548500500093738>.
- Martínez, F., Gázquez, J. y Sousa, C. (2012): Structural Equation Modeling in marketing and business research: Critical issues and practical recommendations. *European Journal of Marketing*, 47, 1-33.
- McGregor, B. y Antoni, M. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 159-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2008.08.002>.
- Medrano M. J., Boix, R., Cerrato E. y Ramírez, M. (2006). Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: Revisión sistemática de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 5-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272006000100002>.
- Pakenham K. y Cox S. (2009). The dimensional structure of benefit finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychology and Health*, 24, 373-93. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440701832592>.
- Park, C. L., Cohen, L. y Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the Quality of Life Questionnaire: A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Sanjuán, P., Arranz, H. y Castro (2014). Effect of negative attributions on depressive symptoms of patients with coronary heart disease after controlling for physical functional impairment. *British Journal of Health Psychology*, 19, 380-392. doi:10.1111/bjhp.12044.
- Sanjuan, P. y Ávila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 1-10. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.15401>.
- Sanjuán, P., Magallares, A., Ávila, M. y Arranz, H. (2016). Effective and ineffective coping strategies: Psychometric properties of a reduced version of brief-COPE for heart patients. *Official Proceedings of European Conference on Psychology and Behavioral Sciences*, 3, 33-42.
- Sanjuán, P., Pérez García, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos preliminares de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Scholz, U., Kliegel, M., Luszczynska, A. y Knoll, N. (2012). Associations between received social support and positive and negative affect: Evidence for age differences from a daily-diary study. *European Journal of Ageing*, 9, 361-371. <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-012-0236-6>.
- Seay, J., Fekete, E., Antoni, M., Ironson, G., Fletcher, M. y Schneiderman, N. (2014). Ethnicity Moderates the Relationship Between Perceived Stress and Benefit Finding in HIV+ Men Who Have Sex with Men (MSM). *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 266-274. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-013-9305-2>
- Stanton, A., Revenson, T. y Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>.
- Streiner, D. (2003) Starting at the beginning: An introduction to coefficient alfa and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103. [http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_18](http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18).
- Tedeschi, R. y Calhoun, L. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02103658>.

- Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C. y Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health, 20*, 175–192. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440512331317634>.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>.
- Williams, B., Brown, T. y Onsmann, A. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australian Journal of Paramedicine, 8*, 1-13. <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol8/iss3/1>.
- Yeung, N. y Lu, Q. (2014). Affect as a mediator between self-efficacy and quality of life among Chinese cancer survivors in China. *European Journal of Cancer Care, 23*, 149-155. <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12123>.

