

Programa de Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

**Efectividad de un Programa Tipo *Counselling* (Programa RED)
Para Incrementar la Resiliencia y Modificar las Estrategias de
Afrontamiento en Pacientes Oncológicos**

Adalgiza Andrade Agudelo

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

Dra. Rosario Antequera Jurado

Dr. Francisco Javier Cano García

Julio 17 de 2020

Universidad de Sevilla

Sevilla

*En el fondo es donde tenemos nuestros más grandes tesoros,
el sismo del infortunio los deja al descubierto*

Dedicatoria

Ella me pedía que le sumara y escribiera, porque los fogones de la infancia no le dejaron
tiempo de ir a la escuela...

Ella me enseñaba a comprar, calcular, trabajar entre fogones y platos, sonriendo, aunque
estuviera agotada...

Ella me pedía que le acompañara cuando sobrevenía la enfermedad o la muerte de alguien
que conocía... y entre susurros me enseñó el poder de hacerlo en silencio...

Ella me dejó compartir sus lágrimas y a combatirlas con agradecimientos cuando sobrevenía
el infortunio...

Ella me enseñó que no hay diferencia entre el dolor propio y el ajeno, me mostró que el dolor
siempre se conjuga en plural... siempre es nuestro...

Ella me regaló los últimos años de su vida, echó sus 80 años en una maleta, cruzó el océano y
vino a compartirla conmigo...

Ella hizo todo lo que yo hago ahora, o más bien, yo hago todo lo que ella ha hecho siempre...

Ella es mi gran tutora de resiliencia... Abuela Ana.

Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos a todos aquellos que en red, mi red, han contribuido de una o de otra forma a que esta tesis haya sido posible. Igual que en cada uno de mis retos anteriores y futuros, sin ellos sería imposible seguir avanzando.

A mis directores de tesis, Rosario Antequera y Javier Cano, sus aportes han sido luz que ha guiado la búsqueda del conocimiento, su disposición y confianza en mí. Al igual que a Jesús García, por el tiempo dedicado a las correcciones, exhaustivas y generosas, matizadas con aportes más que académicos.

A Antonia Manuela Rodríguez Barragán, entonces presidenta de la Asociación Alusvi de Pílas. Su vocación de servicio, su sensibilidad social y su empeño constante por no dejar a nadie atrás, hizo posible el convenio con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para que el proyecto de atención psicooncológica fuera posible. Gracias por la enorme confianza depositada en mí.

A los profesores de la Universidad de Valle, Colombia. Alvaro Enríquez, siempre inspirador e incondicional. A María Eugenia Villalobos por tanto enriquecimiento.

A mi familia. Esta tesis tiene miles de horas en las que me han echado de menos. Con su amor, paciencia y trabajo, cada día ellos estaban haciendo posible que yo estuviera frente al ordenador persiguiendo mi sueño.

A mis hijos Santiago, Amaranta, Inti y Maya, sois mi equipo personal.

A Robert, eres mi mano derecha e izquierda, mi corazón y mi fuerza cada día, mi sitio en el mundo.

A mi familia de origen, Luz Marina y Edgar, mi base de lucha y superación. Amanda, Edgar, Mauricio, Madeleine, Raúl, Lina, Alexandra, mis compañeros en la vida. A Angie, mi niña. Abuela Ana, mi inspiración.

A mis amigos que son la familia que he elegido, Rafa y Ana, por traer a mi vida solo cosas bonitas y nutrirme con su amor, sabiduría y compasión. A Marilú, mi hermana de otra madre. A José Antonio, por su apoyo constante. A Esperanza y Abraham, siempre conmigo. A Currito, mi segundo padre. Juanma y Sandra, mis hermanos putativos. A Norita y Hamed, por tanto. A Antonio y Gloria, por hacerme sentir en casa. A mi círculo de mujeres, Sofía, Geesche, Mario, Noemí, Marian, Mariu, Aurora, Pilar, Laura, Marcia y Mariel. A mis compis Julian, Marco Alexis, Mercedes, Samuel, Andrés y Enrique.

A todos aquellos pacientes oncológicos que, en medio de una de las peores experiencias vitales, con su generosidad y ejemplo han nutrido el camino del conocimiento. Me han dado el honor de compartir su camino y ser parte de su red.

Tabla de Contenido

1. Resumen	9
2. Justificación.....	17
3. Marco Teórico	33
3.1. La Enfermedad Oncológica.....	33
3.1.1. El Cáncer y los Tratamientos Médicos	33
3.1.2. Psicooncología	38
3.1.3. Reacciones Psicológicas Relacionadas al Cáncer.....	41
3.1.4. Espiritualidad y Cancer.....	51
3.2. Counselling.....	54
3.2.1. Principios Teóricos del Counselling	54
3.2.2. Herramientas del Counselling.....	59
3.2.3. La Práctica del Counselling	65
3.3. Estrategias de Afrontamiento	71
3.3.1. Teorías del Estrés.....	71
3.3.2. Las Estrategias de Afrontamiento.....	77
3.4. La Resiliencia.....	92
3.4.1. El Concepto de Resiliencia y su Evolución Histórica	94
3.4.2. Factores de Riesgo y de Protección	107
3.4.3. La Resiliencia como Proceso Dinámico y Ecosistémico.....	112
3.4.3. Los Modelos Teóricos de la Resiliencia	116
3.4.4. La Resiliencia en Pacientes Oncológicos	134
3.5. Programa RED: <i>Resiliencia En Desarrollo</i>	140

3.5.1.	Conceptos de los que Parte el Programa RED	142
3.5.2.	El Terapeuta Counselling en el Programa RED	159
3.5.3.	Objetivos del Programa RED.....	166
3.5.4.	Principios Terapéuticos Transversales del Programa RED	172
4.	Objetivos e Hipótesis.....	175
4.2.	Objetivo General	175
4.3.	Objetivos Específicos.....	175
4.4.	Hipótesis.....	175
5.	Material y Método	177
5.1.	Participantes	177
5.1.1.	Características Sociodemográficas y Médicas de la Muestra. Se presenta, en formato de tablas cruzadas, la información demográfica comparada de los grupos de intervención y control:	178
5.2.	Diseño.....	181
5.3.	Instrumentos	181
5.3.1.	Escalas estructuradas	181
5.3.2.	Programa RED, Resiliencia en Desarrollo. Fases de Adaptación de los Pacientes Oncológicos.....	183
5.4.	Procedimiento.....	226
5.5.	Análisis Estadístico	228
6.	Resultados	230
6.1.	Efectividad del Programa RED Para Modificar el Nivel de Resiliencia.....	230
6.2.	Efectividad del Programa RED Para Modificar las Estrategias de Afrontamiento....	232

6.	Discusión	243
7.	Observaciones de la Terapeuta Durante la Aplicación del Programa RED	280
8.	Implicaciones Clínicas y Sociales	286
9.	Limitaciones del Estudio	289
10.	Conclusiones	290
11.	Referencias.....	292
12.	Anexos	366

1. Resumen

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2018 ocasionó 9,6 millones de defunciones. Es decir que es la causa del fallecimiento de una de cada seis personas. Su prevalencia sigue en aumento y se calcula que en el año 2030 se duplicará el número de afectados, llegando a ser responsable de una de cada dos muertes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, nota informativa de 2018).

Debido a esto, no es de extrañar que, desde el inicio de las pruebas diagnósticas, el cáncer ha sido identificado como una amenaza directa a la supervivencia (Cruzado, 2010; Die Trill, 2003). Los avances científicos y tecnológicos en cuanto a la detección de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos han mejorado considerablemente las expectativas de vida en los últimos 30 años, dando con ello un cambio al carácter mismo de la enfermedad, de letal a crónica (Cheung y Delfabbro, 2016). Aun así, los efectos psicológicos, emocionales y físicos sobre el paciente y su círculo psicosocial pueden ser devastadores. En la actualidad, se ha ampliado no solo la esperanza de vida de quien lo padece, sino además el conocimiento que se tiene de los mecanismos psicológicos implicados en la calidad de vida de estos pacientes.

Los retos emocionales que enfrentan los pacientes oncológicos para hacer frente al diagnóstico, al tratamiento y al período de remisión parcial o total de la enfermedad, así como a la fase final de su vida, están ampliamente investigados y documentados en la literatura. Estos pacientes pueden ver afectadas sus relaciones sociales, experimentar cambios en su estado emocional y físico, y enfrentar dificultades de toda índole (familiar, social, financiera y laboral). Esta evidencia hace que la atención psicológica sea una herramienta fundamental para la atención sanitaria integral para los pacientes de cáncer, que cada vez son más numerosos.

A pesar de que el tratamiento del cáncer por parte de los medios de comunicación es cada vez más numeroso y explícita y, que algunos autores afirman que ya ha encontrado un lugar en nuestra cultura (Little, Paul, Jordens y Sayers, 2002); hay quienes aseguran que existen tensiones no resueltas para aquellos que han vivido más allá de la fase aguda de la experiencia oncológica (Frank, 1995, citado en Little et al., 2002).

La connotación de condena que implica el diagnóstico del cáncer supone un punto de inflexión en la vida del paciente, independientemente del pronóstico y la evolución de la enfermedad. En todo este proceso, el paciente oncológico cuenta con cualidades personales y estilos de afrontamiento que constituyen el conjunto de herramientas que le permiten hacer frente, dar sentido y dirigir su experiencia a través del cáncer y después de este. Actualmente, se sabe que una de esas herramientas es la resiliencia, que no es más que la fuerza impulsora interior que posee el ser humano, la capacidad “natural” que tiene cada persona para tolerar las adversidades de la vida y de, incluso, poder transformarlas en nuevos estadios de equilibrio y/o de crecimiento (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003).

Sin embargo, el desarrollo de esta capacidad “natural” latente necesita de condiciones personales y sociales, es decir, de características individuales y elementos de su entorno para poder gestarse. Pero, sobre todo, necesita a otro(s), ya que se desarrolla de forma relacional. Esta figura acompañante, que soporta, contiene y genera una retroalimentación nutricia, recibe el nombre de *tutor de resiliencia* (Cyrulnik, 1999, citado en Manciaux, Lecomte, Vanistendael y Schweizaret, 2003), y ese papel puede ser ejercido, entre otros especialistas y personas, por los profesionales de la psicología mediante intervenciones psicoterapéuticas.

Tras cinco décadas de investigaciones, se sabe que la resiliencia se compone de un conjunto de cualidades y condiciones, personales y sociales, que favorecen la adaptación de

un individuo ante circunstancias adversas. Es un término que deriva del latín *resalio*, que denota la capacidad de un cuerpo de resistir, ser fuerte y no deformarse ante la presión (Serisola, 2003 en Álamo, Caldera, Cardozo y González, 2012). Fue importado desde la física a la psicología por Rutter (1985) y por Bowlby (1992, citado en Manciaux y Vanistendael et al., 2003).

En las últimas investigaciones que relacionan resiliencia y cáncer, se ha encontrado que la experiencia subjetiva desarrollada después de recibir el diagnóstico tiene implicaciones en la forma en que el individuo se enfrenta a su enfermedad durante todo el proceso, así como cuando se ve libre de ella (Cheung y Delfabbro, 2016). En publicaciones recientes se ha conceptualizado el concepto de resiliencia y el efecto que tiene ésta en el bienestar durante todo el proceso oncológico. Los resultados apuntan a que contar con esta capacidad tiene relación con la remisión de síntomas ansioso-depresivos, un mayor bienestar, una mejor autogestión y calidad de vida (Cerezo, 2014; Font y Rodríguez, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2011; Rodríguez, 2017).

Este trabajo pretende ofrecer evidencia sobre la efectividad de una de las intervenciones más utilizadas en el contexto de la psicooncología: el *counselling* (asesoramiento, consultoría). Entendiendo como efectividad al grado que se obtiene el efecto pretendido en condiciones de la práctica clínica habitual (Crespo-Facorro et al., 2017). Se ha diseñado un modelo de resiliencia denominado *círculos resilientes* y un formato específico de intervención denominado RED, basado en los formatos clásicos de *counselling* y que incorpora técnicas de atención plena y logoterapia, con dos objetivos principales: por un lado, mejorar el nivel de resiliencia, y por el otro, analizar la posible modificación de las estrategias de afrontamiento

que la acompañan. Especialmente, se busca el incremento de las estrategias de resignificación positiva y búsqueda de apoyo social, así como la reducción de la estrategia de huida-avoidancia.

Se eligió un modelo de intervención individual para poder adaptarse a las necesidades de cada paciente, puesto que cada uno se encontraba en un momento específico del proceso de su enfermedad y presentaba necesidades concretas y cambiantes durante el año de intervención.

Se trabajó con 42 pacientes oncológicos, que se dividieron en dos grupos, uno de intervención con 24 sujetos y uno de control con 18. El 59,5% del total eran mujeres. Se encontraban en diferentes fases de la enfermedad y estaban afectados con diversos tipos de cánceres. Se utilizaron las pruebas denominadas WOC (Ways of coping [Formas de Afrontamiento]) de Lazarus y Folkman (1980) y el RS (Resilience scale [Escala de Resiliencia]) de Wagnild y Young (1993) antes de iniciar la intervención y después de un año. Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en cada uno de los factores que componen la resiliencia y de los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, a fin de comprobar la significación estadística y el tamaño de efecto. Alcanzaron significación estadística y tamaño de efecto pequeño: resiliencia total, resiliencia tipo aceptación, la estrategia de afrontamiento dirigida al problema, la estrategia de afrontamiento dirigida al problema tipo planificación, la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción, la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo reevaluación positiva y la estrategia de afrontamiento de evitación. Después de un año de participar en el programa RED, el grupo de intervención vio incrementado el nivel de resiliencia y utilizaban estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Palabras clave: resiliencia, *counselling*, psicooncología, estrategias de afrontamiento, cáncer.

Abstract

Cancer is the second leading cause of death in the world; in 2018 it caused 9.6 million deaths. Put in other words, cancer is responsible for one in six deaths. Its prevalence continues to increase, and it is estimated that by 2030 the number of affected people will have double, becoming responsible for one out of every two deaths worldwide (World Health Organization, 2018 information note).

Due to this it is not surprising that, from the moment of the initial diagnostic test, cancer is identified as a direct threat to survival (Cruzado, 2010; Die Trill, 2003). Scientific and technological advances in the detection of the disease and the efficacy of treatments have considerably improved life expectancies in the last 30 years, thereby changing the very nature of the disease, from lethal to chronic (Cheung and Delfabbro, 2016). Even so, the psychological, emotional, and physical effects on the patient and their psychosocial circle can be devastating. Today, not only is the life expectancy of cancer patients being extended, so too is our knowledge of the psychological mechanisms involved in the quality of life of these patients.

The emotional challenges faced by cancer patients in coping with the diagnosis, treatment and the period of partial or total remission of the disease, as well as the final phase of their life, are widely researched and documented in the literature. These patients can see their social relationships affected, experience changes in their emotional and physical state, and face difficulties of all kinds (family, social, financial and work). This evidence makes

psychological care a fundamental tool for comprehensive health care for cancer patients, who are increasingly numerous.

Despite the fact that the treatment of cancer by the media is increasingly numerous and explicit, and that some authors claim that it has already found a place in our culture (Little, Paul, Jordens and Sayers, 2002); there are those who claim that there are tensions that are not working for those who have lived beyond the acute phase of the oncological experience (Frank, 1995 cited in Little et al., 2002).

The connotation of condemnation that the diagnosis of cancer implies is a turning point in the patient's life, regardless of the prognosis and evolution of the disease. Throughout this process, the oncological patient has personal qualities and coping styles that constitute the set of tools that allow them to face, make sense of and direct their experience through cancer and after it. Currently, it is known that one of these tools is resilience, which is nothing more than the inner driving force that human beings possess, the "natural" capacity that each person has to tolerate the adversities of life and even to be able to transform them into new stages of balance and/or growth (Manciaux, Vanistendael, Lecomte and Cyrulnik, 2003).

However, the development of this latent "natural" capacity requires personal and social conditions, that is, individual characteristics and elements of the environment in order to be able to develop. But, above all, it needs an other(s), as it develops in a relational way. This accompanying figure, who supports, contains and generates nourishing feedback, is called a resilience tutor (Cyrulnik, 1999 cited in Manciaux, Lecomte, Vanistendael and Schweizaret, 2003), and this role can be exercised, among other specialists and persons, by psychology professionals through psychotherapeutic interventions.

After five decades of research, it is known that resilience is composed of a set of qualities and conditions, personal and social, that favour the adaptation of an individual to adverse circumstances. It is a term derived from the Latin *resilio*, which denotes the ability of a body to resist, be strong and not deform under pressure (Serisola, 2003 in Alamo, Caldera, Cardozo and Gonzalez, 2012). It was imported from physics to psychology by Rutter (1985) and by Bowlby (1992, cited in Manciaux and Vanistendael et al., 2003).

In the latest research linking resilience and cancer, it has been found that the subjective experience developed after receiving the diagnosis, has implications on how the individual faces his disease during the whole process, as well as when they are free of it (Cheung and Delfabbro, 2016). Recent publications have conceptualized the concept of resilience and the effect it has on well-being throughout the cancer process. The results suggest that having this capacity is related to the remission of anxiety-depressive symptoms, greater well-being, better self-management and improved quality of life (Cerezo, 2014; Font and Rodríguez, 2007; Quiceno and Vinaccia, 2011; Rodríguez, 2017).

This paper aims to provide evidence on the effectiveness of one of the most widely used interventions in the context of psycho-oncology: counselling. A model of resilience called resilient circles and a specific format of intervention called RED have been designed, based on the classic formats of counselling and incorporating full attention and logotherapy techniques, with two main objectives: on the one hand, to improve the level of resilience, and on the other, to analyze the possible modification of the coping strategies that accompany it. In particular, the aim is to increase the strategies of positive resignification and the search for social support, as well as to reduce the strategy of escape-avoidance.

An individual intervention model was chosen to be able to adapt to the needs of each patient, since each one was at a specific moment in the process of their illness and presented specific and changing needs during the year of intervention.

We worked with 42 oncology patients, who were divided into two groups, an intervention group with 24 subjects and a control group with 18. 59.5% of the total were women. They were at different stages of the disease and were affected by various types of cancer. The tests called WOC (Ways of coping) by Lazarus and Folkman (1980) and the RS (Resilience scale) by Wagnild and Young (1993) were used before starting the intervention and after one year. A mixed factorial ANOVA of the score on each of the factors that make up resilience and of the different types of coping strategies was developed to test for statistical significance and effect size. Total resilience, acceptance type resilience, problem-directed coping strategy, planning type coping strategy, emotion-directed coping strategy, positive re-evaluation type coping strategy and avoidance coping strategy achieved statistical significance and small effect size. After one year of participating in the RED program, the intervention group saw an increase in the level of resilience and used more adaptive coping strategies.

Keywords: resilience, counselling, psycho-oncology, coping strategies, cancer.

2. Justificación

Cada año se diagnostican en el mundo 260 000 casos nuevos de cáncer y es la responsable de una de cada seis muertes en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], Nota informativa septiembre 2018). Esta enfermedad estigmatizada (Decruyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer y Claes, 2001) es percibida como una amenaza social y trae consigo una visión muy negativa de la enfermedad en sí y de quien la padece. Por ello, significa un impacto enorme que moviliza todos los recursos de afrontamiento (Stanton et al., 2000) o pone en evidencia la falta o inadecuación de estos, tanto en el paciente como en sus allegados (Aizpurúa y Correa, 2015).

Una enfermedad potencialmente mortal como el cáncer, se convierte en un desafío para los recursos personales de afrontamiento, ya que desencadena niveles de angustia clínicamente significativos (Stewart, Mishel, Lynn y Terhorst, 2010). Si no se maneja adecuadamente, podría afectar físicamente e interferir en las demandas del tratamiento y seguimiento de la misma enfermedad. La mayoría de los enfermos oncológicos y sus familiares presentan problemas de adaptación, lo que implica que en algún momento del proceso presentarán niveles significativos de malestar emocional (Durà e Ibáñez, 2000; Faller et al., 2013; Gil Moncayo, 2015); aproximadamente, hasta en un 25% desarrollarán un trastorno psicológico (Gil Moncayo et al., 2008; Gil Moncayo, Costa y Pérez 2010). Este malestar depende del diagnóstico y de las condiciones físicas del cáncer (Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker y Piantadosi, 2001) y si se mantiene en el tiempo, se asocia con peor calidad de vida, menor adherencia a tratamientos, peor supervivencia en general, menor adopción de hábitos de vida saludables y peor autocuidado (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Giese-Davis et al., 2011; Honda, Goodwin y Neugut, 2005; Reich, Lesur y Perdrizet-Chevallier, 2008).

Se ha encontrado que durante el proceso diagnóstico los síntomas psicopatológicos son mayores que tras un año de confirmación (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie y David, 2002). El cáncer es vivido como una situación estresante y perturbadora, que conlleva a una ruptura brusca de la vida del paciente, afectando a todas las esferas: miedo a padecer dolor, malestar y otros síntomas (López, Pastor y Neipp, 2003; Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz y Rivera, 2010), ver limitadas o modificadas las actividades diarias (López et al., 2003), tener que someterse a procesos de hospitalización y estrés (López et al., 2003), pérdida de control en actividades cotidianas (Appleton, Fry, Rees, Rush y Cull, 2000; Broadstock, Michie, Gray, Mackay y Marteau, 2000; Decruyenaere et al., 2000; Hagoel et al., 2000; López et al., 2003), limitaciones en el uso de recursos sociales y pérdida de autonomía (López et al., 2003), pérdida de experiencias proyectadas en el futuro (Blanco y Blanco, 2015), afectación en la vida sexual y de pareja (Benjamin, Ziginiskas, Harman y Meakin, 2002; Compas y Luecken, 2002; Matthews, Baker, Hann, Denniston y Smith, 2002), desfiguración o cambios en la apariencia corporal (Ré R, 2005, citado en Vera, 2015), cambios en su identidad (Blanco y Blanco, 2015), soledad y aislamiento (Novoa et al., 2010; Spiegel et al., 1999), miedo a transmitirlo a sus hijos (Appleton et al., 2000; Broadstock et al., 2000; Decruyenaere et al., 2000; Hagoel et al., 2000) y por supuesto, miedo a la muerte (Appleton et al., 2000; Broadstock et al., 2000; Decruyenaere et al., 2000; Hagoel et al., 2000; Matos y Meceron, 2017; Vera, 2015).

Muchos de esos temores son enfrentados y diversificados en el proceso de tratamiento de la enfermedad: la radioterapia ocasiona quemaduras, fatiga y malestar (Liavaag, Dorum, Fossa, Trope y Dahl, 2007; Stone y Minton, 2008; Vistad, Fossa, Kristensen y Dahl, 2007); el trasplante de médula es un tratamiento agresivo que conlleva alteraciones físicas y psicológicas importantes (Andrykowski et al., 1999); aparecen disfunciones o problemas sexuales (Abbott-

Anderson y Kwekkeboom, 2012; Gilbert, Ussher y Perz, 2011; Liavaag et al., 2008; Reis, Beji y Coskun, 2010; Tiev, Raaheim, Blaaka y Gjengedal, 2010); la autoestima se ve deteriorada (Parra, García, Enríquez y Solier, 2011); pueden padecer amputaciones y niveles considerables de dolor (Velázquez, Vázquez y Alvarado, 2009); se enfrentan a estados de infertilidad (Abbott-Anderson y Kwekkeboom, 2012; Carver et al., 2005; Reis et al., 2010); aparecen problemas psicosociales (Ljungman et al., 2003); experimentan ansiedad y miedo a la recidiva (Abbott-Anderson y Kwekkeboom 2012; Carver et al, 2005; Gilbert et al., 2011; Gotay, 1984; Gotay y Muraoka, 1998; Hodgkinson et al., 2007; Liavaag et al., 2007; Liavaag et al, 2008; Reis et al, 2010; Spencer et al., 1999; Stone y Minton 2008; Tiev et al, 2010; Vistad et al., 2007); pérdida de esperanza e incertidumbre sobre el futuro (Appleton et al., 2000; Broadstock et al., 2000; Decruyenaere et al., 2000; Hagoel et al., 2000); se incrementa el nivel de angustia (Helgeson, Snyder y Seltman, 2004); y sobre todo, aparecen trastornos de índole ansioso-depresivo (Braña et al., 2012; Cano, 2005; Carroll, Kathol, Noyes, Wald y Clamon, 1993; García y Alós, 2014; Hernández et al., 2012; Ljungman et al., 2003; Maté, Hollenstein y Gil Moncayo, 2004; Montiel, Álvarez y Guerra, 2016; Parra et al., 2011; Rodríguez, Castro y Merino, 2005; Sansoni, Vellone y Piras, 2004; Stark, Kiely y Smith, 2002; Vahdaninia, Omidvari y Montazeri, 2010; Velázquez et al., 2009).

Para poder hacer frente a esta situación – que además es cambiante e impredecible durante el proceso de la enfermedad - el paciente y sus allegados activan todos los recursos disponibles, transformando y reajustando dinámicas cotidianas que ponen a prueba la organización familiar, la comunicación y la capacidad de resolución de problemas (Grau y Espada, 2012). Este proceso supone un gran esfuerzo por mantener el equilibrio, conseguir la adaptación y comprensión de las necesidades del enfermo y de los miembros de su red más

cercana, y afecta profundamente la estabilidad emocional y funcionalidad de la familia (Grau, 2013). Cuando el sufrimiento sobrepasa la capacidad de gestión del paciente y su red de apoyo, sus recursos para adaptarse a la situación son anulados o bloqueados (Blanco y Blanco, 2015), entonces este mecanismo de afrontamiento deja de ser adaptativo y sobreviene la patología.

Gracias a los avances en detección y en tratamientos efectivos, el cáncer ha dejado de ser letal y ha pasado a ser considerado una enfermedad crónica (Cheung y Delfabbro, 2016), más del 50% de todos los pacientes diagnosticados superan la enfermedad (Francisci et al., 2009). Sin embargo, las altas tasas de curación no implican un mayor bienestar (Ochoa, 2015), y crece el número de supervivientes que están en alto riesgo de desarrollar trastornos psicológicos y comorbilidades durante el resto de su vida (Gil Moncayo et al., 2012).

Debido al incremento del número de pacientes que superan la enfermedad, los investigadores se han interesado en la vida después del cáncer (Bloom, 2002; Deimling, Kahana, Bowman y Schaefer, 2002; Ganz et al., 2002; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz y Wyatt, 1998; Gotay y Muraoka, 1998; Schag, Ganz, Wing, Sim y Lee, 1994). Las últimas investigaciones aseguran que la supervivencia no es el final de una historia de enfermedad, es el comienzo de una nueva fase de aprender a vivir con la experiencia del cáncer y sus posibles efectos secundarios (Burkett y Cleeland, 2007; Feuerstein, 2007; Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd y Feuerstein, 2010). El diagnóstico del cáncer no se consideró como un trauma importante relacionado con los síntomas de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2000) hasta la edición IV del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, en sus siglas en inglés) de 1994, después de constatar la presencia de este tipo de trastornos en los supervivientes (Brown, Madan-Swain y Lambert, 2003).

Se ha constatado que los pacientes no simplemente reanudan su vida donde la dejaron, y se ha comenzado a estudiar tanto las huellas físicas como las psicológicas que deja el cáncer (Bloom, 2002; Ferrel, Peña, Gómez y Pérez, 2009; Ganz et al., 1998, 2002; Gotay y Muraoka, 1998; Tomich y Helgeson, 2002). Las alteraciones psicosociales de la enfermedad no solo se reflejan a nivel individual, sino que en las instituciones genera, por ejemplo, altos costos y problemas laborales, problemas en la reincorporación después de la enfermedad e hipermedicalización (Kleinman, 1988, citado en Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

A partir de las investigaciones en los años 70 que iniciaron autores como Ader y Cohen (1975) y el desarrollo de la psiconeuroinmunología, la psicología de la salud ha sido la propuesta teórica y metodológica para dar respuesta a la necesidad de mantener y recuperar la salud en aquellos pacientes que están afectados por enfermedades crónicas como el cáncer (Houldin et al., 1993, citados en Galán y Sánchez, 2004). Se ha constatado que los factores psicológicos afectan la adaptación a la experiencia de la enfermedad, el tiempo de supervivencia, el funcionamiento del sistema inmunológico y, en general el nivel de calidad de vida y el bienestar (Borrás, 2004; Carrobles, Remor y Alzamora, 2003; Carver et al., 2005; Fawzy, 1999; Frank, 1988; García Viniegras y González, 2007; Grassi y Rosti, 1996; Novoa et al., 2010). A parte de la afectación directa sobre el funcionamiento inmunológico, los estados emocionales pueden influir en la salud mediante el funcionamiento fisiológico y el comportamiento; por ejemplo, el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de atención médica, la participación en conductas saludables, el uso de estrategias de regulación emocional y, percepción-beneficio del apoyo social (Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006).

Desde la psicooncología se afirma que la forma en que una persona acepta o se enfrenta al cáncer es susceptible de repercutir en cierta medida en la evolución de la enfermedad (Dahl, 2010). Esta disciplina encuentra su área de intervención entre la oncología clínica y la psicología de la salud (Medina y Alvarado, 2011; Veit y Carvalho, 2010), y su marco referencial es el modelo psicosocial de la salud y la enfermedad. La psicooncología trabaja para que la intervención sanitaria incluya la salud mental, en la búsqueda de una atención y mejoría integral de estos pacientes (Die Trill, 2003; Cruzado, 2010; Gil Moncayo, 2015) y ha contribuido a la investigación oncológica intentando encontrar relaciones entre variables psicológicas y la aparición, desarrollo y recuperación del cáncer (Castellano-Tejedor, 2015; Dahl, 2010). Otros de sus objetivos ha sido determinar la influencia de las emociones sobre el cuadro clínico de esta enfermedad (Broche y Ricardo, 2011), identificar los modos de afrontamiento y las estrategias psicoterapéuticas útiles para mejorar la calidad de vida de quien la padece (Die Trill, 2003; Cruzado, 2010).

El reencuentro de la psicología y la medicina ocurrió en los años 50 con Alexander (1950) como pionero, quien comenzó a abordar desde una perspectiva científica, denominada medicina psicosomática (Fava y Sonino, 2000), diversas patologías como la migraña, la úlcera, el asma y la enuresis. Superando una visión biologicista, se contemplaban elementos psicológicos que pudieran ser parte de la etiología de ciertas enfermedades, y se comenzó a estudiar la relación que podían tener en el bienestar general de los pacientes. Poco tardaría la ciencia en reconocer e identificar el efecto que factores psicológicos, como el estrés, pueden tener en el funcionamiento somático, y la psicología en hacer contribuciones para la comprensión de los elementos del afrontamiento que afectan el proceso de la salud-enfermedad (Galán y Sánchez, 2004).

En su teoría del afrontamiento del estrés, Lazarus (2006) aseguró que cada persona se comporta en función de una serie de variables que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de la vida. El afrontamiento busca manejar situaciones que generan estrés; busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, resignificando el estímulo, a través de acciones, pensamientos, afectos y emociones (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). Las estrategias de afrontamiento se van ajustando a la evaluación que el sujeto vaya haciendo de la situación que afronta, y en el proceso y resultado final pueden intervenir muchas variables, interfiriéndolo o potenciándolo. Tanto los factores internos (estilos de afrontamiento, características de personalidad), como los factores externos (apoyo social), pueden modular de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

En la clasificación original de las estrategias de afrontamiento se incluían dos grandes modalidades, las dirigidas al problema (a alterar la fuente del estrés), que predominan cuando se percibe que se puede hacer algo constructivo o efectivo; y, las centradas en la emoción, que intentan cambiar la relación persona-ambiente y que aparecen cuando la persona identifica que el estrés será perdurable (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Piña, 2009). Ambos tipos de afrontamiento se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007). Esta teoría se ha ido enriqueciendo con posteriores investigaciones, sobre todo en el sentido de diferenciar las estrategias que resultan adaptativas de las desadaptativas, de cuáles resultan efectivas para recuperar el bienestar y cuáles no, en un intento de identificar aquellas que correlacionan con diversos niveles de bienestar, ajuste psicológico y calidad de vida. Lazarus (1984) decía que era incorrecto hablar de estrategias buenas o malas en términos absolutos, que la adecuación y combinación de las mismas debe

valorarse en función de las características de la situación estresante y de las características personales del individuo que le haga frente.

Algunas de estas investigaciones han encontrado, por ejemplo, que el uso exhaustivo de algunas estrategias dirigidas al problema como el autocontrol, lejos de conseguir regular el desbordamiento emocional, consiguen suprimir la experiencia emocional, generando malestar y síntomas ansioso-depresivos (Montiel et al., 2016). Acercarse al cáncer con aceptación y compromiso con el autocuidado, así como mantener metas significativas vitales, garantiza un mejor ajuste psicológico a largo plazo (Gunzerath et al., 2001; Roca 2013, citado en Montiel et al., 2016; Stanton, Danoff-Burg y Huggins, 2002). La búsqueda de apoyo social y las relaciones positivas se asocian con mayor calidad de vida y mejor capacidad para manejar el estrés (Abrams, Hazen y Penson, 2007; Bourjolly y Hirschman, 2001; Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006; García y Lucio, 2016; House et al., 1988; Schonholtz, 2000; Stanton et al., 2002; Tomich y Helgeson, 2002; Woodgate, 2006). Las estrategias dirigidas a la solución de problemas, el distanciamiento y la reevaluación positiva correlacionan con menores niveles de ansiedad y depresión, funciona como un mecanismo protector contra el estrés y mejora la valoración subjetiva de pacientes oncológicos (Contreras et al., 2006; Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold y Targ, 1999; Gall y Cornbalt, 2002; Quiceno y Vinaccia, 2011; Sehlen et al., 2003).

Se habla de las estrategias de afrontamiento como mediadores entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández y Díaz, 2001; Pearlin y Schooler, 1978). Dichas estrategias consisten en cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes, o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycokc, Pugh, Curlette y Silva, 1986, citados en Contreras et al., 2007) y para

encarar la situación, interpretarla y obtener beneficios de esta (Broche y Ricardo, 2011). Cuando una persona activa una estrategia de afrontamiento, lo hace porque es lo mejor que puede hacer en ese momento, conforme a sus creencias, circunstancias y posibilidades, como resultado de la evaluación de la situación, del tipo de evento estresante, de la disponibilidad de recursos y de las experiencias previas (Mok y Tam, 2001; Richardson y Poole, 2001). Todos los aprendizajes y ajustes pueden incrementar este abanico de posibilidades con los que cuenta. Lo aprendido e incorporado en el proceso puede ayudar a resolver la situación estresante, o causar más problemas y malestar (Caballo, 1998, citado en Contreras et al., 2007).

Dada la naturaleza crónica y estigmatizada del cáncer, y su impacto físico y emocional, algunos autores aseguran que predomina el estilo de afrontamiento centrado en la emoción (Gibson, Thomas, Parker, Mayo y Wetser, 2014; Grant, Guille y Sen, 2013; Montiel et al., 2016). Sin embargo, hay cada vez más investigaciones que identifican que los pacientes tienen oscilaciones en las estrategias de afrontamiento durante el curso de la enfermedad (Sehlen et al., 2003), y utilizan diferentes combinaciones entre ellas (Ahadi, Delavar y Rostami, 2014; Kameny y Bearison, 2002). Urzúa y Jarne (2008) y García y Lucio (2016) ponen de relieve la multidimensionalidad del concepto de la calidad de vida, donde están implicados procesos de ajuste y adaptación que nos habla de la importancia de las estrategias de afrontamiento que lo facilita, que son susceptibles de evaluación y modificación (Contreras et al., 2007).

El tipo de estrategias de afrontamiento elegidas por el sujeto, surgen y cambian como parte de la interacción del individuo y el medio. Al ser parte de una realidad, el individuo genera un esquema de comportamiento, evalúa constantemente cualquier cambio en su sistema sociocultural, generando a su vez un cambio en los esquemas o representaciones mentales que el individuo ha creado (Eiser, 1989, citado en Macías et al., 2013; Rodríguez, 1991, citado en

Macías et al., 2013). En esta doble vía de afectación, los estímulos externos que reciba un paciente en medio de su afrontamiento al cáncer afectarán a la evaluación que este haga de la situación. En su modelo de evaluación y afrontamiento, Holland (2002) asegura que el paciente orienta sus esfuerzos de afrontamiento a encontrar un nuevo equilibrio entre su “significado global” vital y el “significado situacional” que otorga a la experiencia oncológica. Esta autora asegura que el afrontamiento basado en el significado es decisivo para mantener un afrontamiento eficaz y continuado. La estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva contiene una búsqueda de significado que implica la gestión de emociones y un reposicionamiento ante la enfermedad. Nos habla de un proceso dinámico que cambia con el tiempo y que busca dar un sentido al proceso oncológico (Warner y Hauser, 2009, citados en García y Lucio, 2016).

Los estados emocionales que atraviesan los pacientes oncológicos deben ser procesados para que se conviertan en aliados útiles en el proceso de afrontamiento (Daniel, 2015). Esta necesidad no es atendida por varios motivos: no es identificada por el personal sanitario (Spiegel y Classen, 2000, citados por Cerezo et al., 2009), por la confusión en la diferenciación de síntomas psíquicos y físicos en el contexto asistencial (Mateo-Ortega et al., 2013; Passik y Lowery, 2010), porque el paciente no pide o no desea ayuda psicológica (Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds y Mitchell, 2011), porque tiene dificultades de expresarlas, e incluso las niegue por estigma social (Watson, Greer, Blake y Sharpnell, 1984), porque no encuentre confianza en la relación con el médico (Schavelzon et al., 1978, citados por Hernández et al., 2012), o porque considere que no es importante mencionarlas en las consultas médicas (Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997, citados en Cano, 2005).

En las investigaciones recientes se ha encontrado que la experiencia subjetiva del diagnóstico del cáncer tiene implicaciones en la forma en que el individuo enfrenta su enfermedad durante todo el proceso y cuando se ve libre de ella (Cheung y Delfabbro, 2016). En el afrontamiento y la evaluación constante de estados severos de estrés, el paciente rara vez tiene pensamientos y sentimientos exclusivamente positivos o negativos (Aspinwall y MacNamara, 2005). En la investigación de Collins y Taylor (1990) los pacientes informaron experimentar simultáneamente cambios positivos y negativos (74%; sólo un 6% reportó únicamente cambios negativos). Igualmente, aseguran sentirse más fuertes y más vulnerables a la vez, tener mejor calidad de vida, haber experimentado crecimiento espiritual, mejoría en el autoconcepto, las relaciones interpersonales, las actividades y prioridades, la visión del mundo y en los planes de futuro (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001; Collins y Taylor, 1990; Castellano-Tejedor et al., 2015; Spinwall y McNamara, 2005). La ambivalencia es un fenómeno común en todos los procesos de recuperación psicológica (Ribeiro et al, 2016) y un proceso cuya adecuada resolución consolida el cambio.

Las creencias y estados positivos alcanzados tras el afrontamiento adaptativo ayudan a las personas a aprender de la adversidad y estos aprendizajes pueden ser duraderos, conservando los recursos aprendidos para futuros retos, es decir, fomentan su nivel de resiliencia (Aspinwall y MacNamara, 2005).

La resiliencia es la capacidad universal de rehacerse frente a los embates de la vida, recuperar una conducta adaptativa, e incluso encontrar beneficios durante este proceso. Son muchos los investigadores que destacan que es en situaciones extremas donde el ser humano tiene la oportunidad de potenciar sus capacidades latentes y activar procesos de aprendizaje y crecimiento personal (Vera, 2006; Vázquez y Castilla, 2007). Frente a una experiencia como

el cáncer, es posible *resiliar*, adaptando este verbo desde su ámbito jurídico, ya que es posible superarse para seguir viviendo lo mejor posible, es posible “rescindir un contrato con la adversidad” (Manciaux y Tomkiewicz, 2000, citados en Theis, 2003).

Las investigaciones apuntan a que la resiliencia correlaciona con niveles altos de adaptación, bienestar, flexibilidad interna, creatividad, optimismo y actitudes de agradecimiento (Carver et al., 2005; Font y Rodríguez, 2007). La presencia de estas reacciones positivas tempranas en el proceso de afrontamiento al cáncer se asocia con un mejor ajuste posterior en la enfermedad, favorecen los recursos para la solución de problemas, gestión del apoyo social, función inmunológica y, en general, con una mejor toma de decisiones para el mantenimiento de la salud (Fredrickson, 1998; Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000; Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

La investigación sobre la resiliencia ha llegado a una serie de conclusiones sobre su naturaleza:

- a) Está integrada por dos componentes, la aceptación y la competencia (Wagnild y Young, 1993).
- b) No se trata de una condición individual y estática, sino relacional y ecosistémica (Rutter, 1987)
- c) Surge de manera natural cuando la dinámica del entorno es propicia (Masten, 2001).
- d) Requiere de la participación activa de uno o varios *tutores de resiliencia* (Cyrulnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003)
- e) Se construye otorgándole significado a la adversidad (Vanistendael y Lecomte, 2006).

- f) Es susceptible de incrementarse mediante intervenciones de tipo psicológico (Camargo, Macías y Quintero, 2014; Cardoso et al., 2018; Gómez y Kokliarenco, 2010; Sorza, 2010). Esta característica es la condición de la que parte este trabajo.

Cada vez son más las voces que claman apoyo psicológico para el paciente oncológico, como respuesta frente a los tratamientos tóxicos, mutilantes o desfigurantes (Die Trill, 2003). Una adecuada intervención psicoterapéutica temprana favorecería una mejor adhesión a los tratamientos (Khechane y Mwaba, 2004; Kohn et al., 1994; Sehlen et al., 2003; Rimer, Keintz y Glassman, 1985), una mejoría en los índices de optimismo, autoestima y autoeficacia (Lee, Cohen, Edgar, Laizner y Gagnon, 2006), un aumento del conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento (Devine y Westlake, 1995), mayor la calidad de vida (Devine y Westlake, 1995; Meyer y Mark, 1995; Rimer et al, 1985), mejor respuesta inmunológica y mayor tiempo de supervivencia, alargando el tiempo de aparición de recidivas (Fawzy et al., 1999), y una mayor adaptación a los cambios que su condición implica (Akechi et al., 2006). Conseguir diseñar e implementar intervenciones que fomenten estos ajustes, mejoraría la calidad de vida de estos pacientes (Contreras et al., 2007), potenciaría la capacidad personal, favorecería la posibilidad de hacer reajustes cognitivos y evitaría el desbordamiento emocional, y así facilitaría la identificación de su insospechada capacidad de crecer en la adversidad.

En la búsqueda de respuestas y en la necesidad de reestablecer un equilibrio después del impacto del diagnóstico, no todos los pacientes oncológicos hacen las mismas interpretaciones, dan las mismas respuestas, ni tienen las mismas habilidades. La sensación de amenaza y de impotencia es subjetiva (Bayés, 1998). Dada la singularidad de los procesos, los investigadores han puesto de manifiesto la necesidad de hacer estudios de impacto en

tratamientos ajustados a estas individualidades, en vez de generalizar y ofrecer intervenciones grupales (Sehlen et al., 2003).

Las intervenciones psicooncológicas tienen como objetivos ayudar a los pacientes a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir la sensación de aislamiento, alienación, indefensión y abandono, reducir comorbilidades mentales de corte emocional –ansiedad y depresión-, clarificar percepción e informaciones erróneas (Fawzy, 1999) y facilitar la consecución de sus objetivos personales (Esplen et al., 2000; Kissane et al., 2004). A través de intervenciones apropiadas podemos promocionar el fortalecimiento y la recuperación de la salud (Bayés, 1987). Diseñar intervenciones que podemos denominar “*tratamientos para la supervivencia*” (Durà e Ibáñez, 2000, p.33), dirigidas a modificar las estrategias de afrontamiento, las reacciones emocionales, e incluso patrones comportamentales de estos pacientes. Recientemente, desde el *counselling* se asegura que:

Tanto la enfermedad como las reacciones psicológicas no se producen en el vacío, sino en una persona concreta, con características específicas como edad, sexo, cultura y una biografía particular; por ello, la evaluación no puede ser igual para todos, sino singular, caso por caso... La evaluación debería ser longitudinal, comprobando la situación cambiante de los pacientes o la eficacia de la asistencia que se les presta. (Hernández y Limonero, 2015, p. 68)

Faller et al., (2013) encontraron que el nivel de malestar emocional y la duración de la intervención psicológica son las dos variables que en mayor medida explican el beneficio de la reducción de estrés y la mejora de calidad de vida de quien la recibe. En pacientes con enfermedades crónicas, a través del *counselling*, se ha conseguido modificar aquellas variables que inciden en el curso de la enfermedad, con la recuperación de la sensación de control y el

desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas (García, Carvallo y Bayés, 1996). La sensación de control que se trabaja a través del *counselling* devuelve la sensación de seguridad en sí mismo (Barez et al., 2003, citados en Gil Moncayo, 2015). Una intervención que agrupe información y soporte emocional, como el *counselling*, ha mostrado ser la intervención psicosocial más eficaz y apropiada para pacientes recién diagnosticados de cáncer (Galway et al., 2012); mientras que en pacientes con cáncer avanzado el modelo de terapia centrada en el sentido es la más adecuada para promover el sentido de la vida y reducir la desesperanza (Breitbart et al., 2010, 2012).

El *counselling* huye de la costumbre cultural de hacer intervenciones paternalistas e impositivas de tipo “tendrías y deberías” y evoluciona a una posición prudencial y deliberativa, donde el protagonista pueda ser informado y ayudado a tomar las decisiones que considere apropiadas para sí mismo (Barreto, Díaz y Saavedra, 2013). Las intervenciones paternalistas tienen más la función de regular la angustia de quien las verbaliza que de aliviar el sufrimiento de quien las escucha; y tienen como resultado la generación de sentimientos de culpa e inutilidad en ambos. El *counselling* ha demostrado ser una herramienta de amplia efectividad en pacientes oncológicos (Bower, Knowles, Coventry y Rowland. 2011; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010; Hill, Brettle, Jenkins y Hulme, 2008; Rowland, Bower, Mellor-Clark, Heywood y Hardy, 2000) a pesar de que, para algunos autores (Bower et al., 2011), aún carece de evidencia.

Las habilidades (emocionales, de comunicación y de motivación para el cambio) conseguidas son de enorme aplicabilidad a temas, situaciones y patologías diversas. El usuario se siente mejor atendido, más satisfecho, más motivado a mantener conductas saludables. Las instituciones de salud también se benefician, mejorando la calidad de atención percibida, así

como el clima laboral entre los profesionales. Para la sociedad en general, favorece un uso más racional de fármacos, una menor polimorbilidad y un mejor desarrollo de estilos de vida más saludables (Alvarado, Ascencio y Núñez, 2015).

La presente investigación pretende realizar este ejercicio, siguiendo los parámetros que han resultado efectivos de estudios anteriores, e intentando dar respuesta a una doble necesidad apremiante: diseñar intervenciones psicooncológicas efectivas y validar intervenciones tipo *counselling* que puedan ser eficaces para aquellos que se enfrentan a la experiencia oncológica.

3. Marco Teórico

3.1. La Enfermedad Oncológica

3.1.1. El Cáncer y los Tratamientos Médicos. El conocimiento del cáncer puede rastrearse desde la paleopatología, ya que se han hallado lesiones compatibles con esta enfermedad en humanos desde hace 150 000 años (Halperin, 2004). Gracias a los papiros de Smith y Ebers (Salaverry, 2013), de aproximadamente el año 1600 a. c. se sabe que, en Sumeria y Egipto, la enfermedad era interpretada como una maldición de los dioses (Chiozza, 2017). Más tarde, con los aportes de la obra *Corpus Hippocraticum* (atribuida Hipócrates, siglo IV a. c.), la enfermedad abandona su causalidad mágica y encuentra su origen etimológico. En este texto se mencionan lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas, que se desarrollan progresivamente y sin control (Hipócrates, 1988, citado en Salaverry, 2013), expandiéndose por los tejidos semejando las patas de un cangrejo, por lo que las denominó con la palabra griega karkinos (καρκίνοϛ), que da nombre a ese animal.

El conocimiento y tratamiento del cáncer tuvo mayor evolución en el siglo II d. c. con Galeno que publica un libro dedicado exclusivamente a los tumores *De tumoribus praeter naturam (peri ton para physim onkom)* (Galeno, 1856, original del siglo II d.c, citado en Salaverry, 2013). No será hasta el siglo XVIII cuando se ordene la identificación de las lesiones cancerosas y sus primeros tratamientos (Salaverry, 2013).

En la actualidad, el termino cáncer se utiliza para un conjunto de más de 100 diferentes tipos de lesiones crónicas no infecciosas, que se definen en función del tejido y de las células de origen. Se considera una patología de origen multifactorial que incluye la genética, la edad, el sexo, el estilo de vida y los factores ambientales (Karabulutlu, Bilici, Çayir, Tekin y Kantarci, 2010).

El cáncer aparece cuando una célula, o un grupo de ellas, se ha reproducido rápidamente y ha formado un tumor que ataca los tejidos del cuerpo. Si este tumor no es destruido por las células asesinas naturales (*natural killers*, NK), que son las células que se encargan de controlar y destruir comportamientos celulares como estos, o no es removido o tratado por elementos externos, el crecimiento de esta neoplasia puede invadir órganos, dañar su funcionamiento y puede provocar la muerte del paciente. Die Trill (2003) define el cáncer como:

Un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma indefinida, invade los tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo. En algunos casos, muy raros, puede evolucionar hacia una curación espontánea y en otros el paciente sobrevive largo tiempo por crecimiento lento o estabilización de la enfermedad. (p. 41)

Estos tumores descontrolados, que escapan de las limitaciones naturales del comportamiento celular, se alimentan de los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones, convirtiéndose en un parásito que crece de manera caótica e impredecible, que daña órganos y procesos fisiológicos, y que puede terminar destruyendo a su huésped. Bajo la denominación cáncer se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con desarrollos muy diferentes entre sí, que tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: invasión y metástasis. La invasión, como su nombre indica, se refiere a la capacidad de las células cancerosas para invadir tejidos y órganos vecinos; y la metástasis se

produce cuando las células cancerosas aparecen y se reproducen en otras partes del cuerpo, formando nuevos tumores (Cruzado, 2010).

En lo que se refiere a su etiología, que es desconocida en su totalidad, la OMS en su Nota descriptiva 297 de febrero de 2018, considera que:

Son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida); carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

El comportamiento y el estilo de vida son factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad (Gaviria et al., 2007). Entre ellos destacan el consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada y la inactividad física. Algunas infecciones crónicas también constituyen factores de riesgo, junto algunos virus como la hepatitis B y C, el papilomavirus humano y el virus de inmunodeficiencia humana (OMS, Nota descriptiva 297 de febrero de 2018).

Debido a la gran variedad de tipos de lesiones cancerosas, los síntomas que pueden presentar son diversos y dependen de la localización, el tamaño y la afección de los órganos que están siendo invadidos por el tumor, el cual suele presionar y bloquear vasos sanguíneos y nervios, impidiendo su cabal funcionamiento. Parece haber consenso en aquellos síntomas que suelen ser generales: pérdida de peso inexplicable, fiebre, cansancio, dolor y cambios en la piel. Algunos síntomas específicos de los cánceres más comunes son: cambios en la apariencia y el comportamiento de las heces o micción, llagas que no cicatrizan, sangrado o secreción

inusual, aparición de endurecimientos, masas o cardenales, indigestión o dificultad para digerir, cambios abruptos en verrugas o lunares. Todos estos síntomas pueden aparecer a causa de que los tumores se apropian de la energía del cuerpo, segregan sustancias que afectan el metabolismo e inmunodeprimen el organismo en el que se desarrolla (Gaviria et al., 2007).

Hablar de cáncer no es igual que hablar de tumor. Se diferencian dos tipos de tumores: los malignos y los benignos. Se llama tumor benigno a aquel está encapsulado, que se desarrolla lentamente en sentido expansivo y no infiltrado, es decir que, crece aplastando el tejido sano circundante sin infiltrarlo ni invadirlo; este tipo de tumor tiene buen pronóstico. El tumor maligno está formado por células anormales que crecen rápidamente, invadiendo y dañando tejidos cercanos, se disemina a otras partes del cuerpo, destruyéndolo. A este último es al que denominamos cáncer.

Hay varios tipos de clasificación del cáncer, una de ellas es por su extensión, para lo que se suele utilizar una clasificación TNM: T denomina el tamaño o la invasión del tumor primario o sitio original; N son los ganglios linfáticos afectados y M si hay metástasis a distancia. A cada combinación de números se le asigna un grado de extensión global, que va del 0 al 4 y que se relaciona con la probabilidad de curación.

Cruzado (2010) dice que hay más de 150 tipos de cáncer, sin embargo, los más comunes, por el tipo de célula afectada, son:

- **Carcinomas.** Con un 85% de incidencia es el más común; y proviene de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo.
- **Sarcomas.** Se encuentran en el sistema musculoesquelético del cuerpo, como los huesos, los cartílagos, el tejido conectivo, el músculo y la grasa.

- **Linfomas.** Se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
- **Leucemias.** Son cánceres de células inmaduras de la sangre producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo.

El pronóstico de la enfermedad depende, entre otros parámetros, de la localización del tumor, su extensión y su agresividad. Así, según la OMS (nota descriptiva de septiembre de 2018), los cánceres que causan mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama. El cáncer constituye una de las primeras causas a nivel mundial; en 2015 se le atribuyeron 8,8 millones de muertes. Una de cada 6 defunciones se debe a esta enfermedad. Se prevé que los casos anuales aumentarán a 22 millones en las próximas dos décadas.

Según su estado y localización, se pueden aplicar los siguientes tratamientos: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia o terapia biológica, rehabilitación. Según la fase de la enfermedad y el desarrollo de la misma, podrá recibir cuidado paliativo, terapia psicooncológica durante el tratamiento o en la fase de alta y reinserción post tratamiento.

Como consecuencia de la propia evolución de la enfermedad o por los efectos de los diversos tratamientos antioncológicos, los pacientes pueden presentar numerosas alteraciones en el funcionamiento físico que, pueden interferir seriamente en su calidad de vida y, en algunos casos, persistir varios años después del tratamiento. Las alteraciones físicas más frecuentemente descritas son la fatiga y los trastornos del sueño. Die Trill (2003) las resume:

Fatiga. La fatiga es un efecto secundario común del cáncer y su tratamiento. La fatiga de origen oncológico se define como una sensación angustiante, persistente y subjetiva de cansancio o agotamiento físico, emocional y / o cognitivo que no es proporcional a la actividad reciente e interfiere con el funcionamiento habitual.

Insomnio. Se caracteriza por quejas de dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no conseguir un sueño reparador, que se prolongue por lo menos un mes, y que provoque malestar clínicamente significativo o menoscabo en áreas sociales, ocupacionales u otras importantes del funcionamiento. En los pacientes oncológicos suele haber una alta valencia de problemas de sueño, especialmente insomnio, poco después del diagnóstico, durante el tratamiento y a veces años después del final del tratamiento.

Otros síntomas físicos que pueden sufrir los pacientes oncológicos como parte del proceso neoplásico, o de los tratamientos aplicados son: la alopecia, la astenia, diversos tipos de infecciones, pérdida de apetito, náuseas y vómitos, diarrea, llagas cutáneas y bucofaríngeas, quemaduras en la piel, retención de líquidos, aumento de peso y sofocos.

3.1.2. Psicooncología. A pesar de que su historia comienza desde la década de los 50 en los trabajos de Arthur Sutherland, quien estableció la primera unidad de psiquiatría oncológica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering de Nueva York, fue en la década de los 70 cuando la doctora Holland definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer, y trabajó para que esta subdisciplina se desarrollara dentro del ámbito clínico, por ello se le considera la fundadora de la psicooncología (Ibáñez, 2007).

Es una disciplina científica cuyo marco de referencia es el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Arbizu, 2000; Durà e Ibáñez, 2000), y comprende un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas (Cruzado, 2003). Nace ante la

necesidad de brindar asistencia psicosocial tanto al paciente oncológico y a su familia, como al personal multidisciplinar que interviene durante todo el proceso de la enfermedad (Moscoso, 2010; Murillo y Alarcón, 2006; Rivero et al., 2008). Se ha encargado de desarrollar el conocimiento que hoy en día se tiene del impacto del diagnóstico del cáncer sobre factores psicosociales y la influencia de éstos sobre la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (García-Conde, Ibáñez y Durà, 2008; Medina y Alvarado, 2011).

La psicooncología empieza a desarrollarse en España con los esfuerzos de Javier García-Conde en 1982 quien, preocupado por los problemas psicológicos de sus pacientes oncológicas, y con la ayuda de Pilar Barreto, empieza el estudio de los factores psicológicos en afectadas por cáncer de mama (Ibáñez, 2007). Posteriormente se extendería con otros ilustres exponentes como Bayés, Ibáñez, Cruzado y Die Trill.

La Psicooncología cubre cuatro grandes áreas (Cruzado, 2003):

- La asistencia clínica al paciente y sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo.
- La docencia: la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo.
- La prevención: programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético.
- La investigación en aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos o el sistema de atención.

La psicooncología tiene en cuenta dos variables (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005; García-Conde et al., 2008; Velázquez, García, Alvarado y Ángeles, 2007):

- Los factores psicosociales (como las creencias o las representaciones sociales sobre el cáncer) y conductuales del paciente y su familia en los diversos estadios de la enfermedad.
- La influencia de dichos factores en la morbilidad (calidad de vida) y mortalidad (supervivencia) de la enfermedad.

Los objetivos de la Psicooncología van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico (Rivero et al., 2008), e incluye la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. El psicooncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base, en una intersección entre la psicología de la salud y la oncología (Medina y Alvarado, 2011; Veit y Carvalho, 2010), en continua evolución y desarrollo (Cruzado, 2003).

Una vez se identificó que el afrontamiento al cáncer tenía grandes implicaciones psíquicas para los pacientes (García-Conde et al., 2008), se han hecho grandes esfuerzos por responder a sus necesidades integrales (Arrighi, Jovell y Navarro, 2010). Algunas investigaciones (Alonso y Bastos, 2011; Cárdenas y López, 2005; Gil y Novellas, 2004; Ochoa et al., 2010) y la evaluación que hizo la Agencia de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2013) informaron sobre resultados satisfactorios de aquellas intervenciones que estaban a cargo de profesionales de la psicooncología, de manera individual o grupal, contando con un trabajo interdisciplinario con otros profesionales sanitarios.

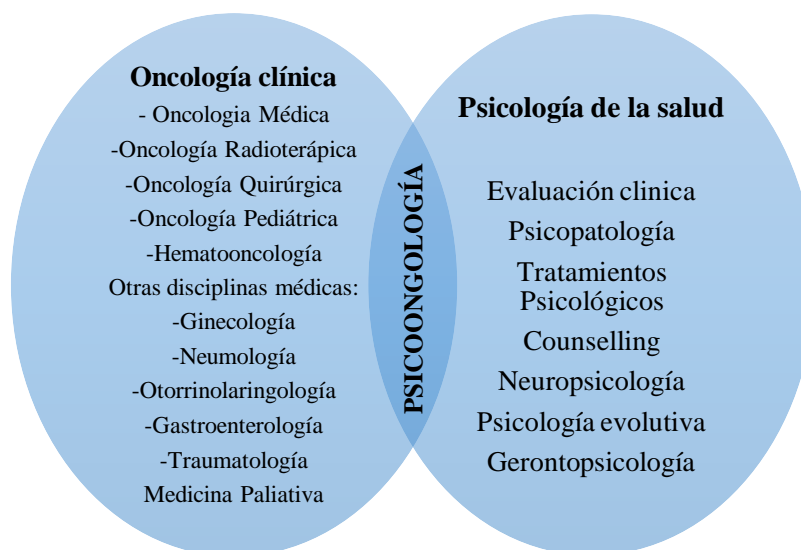


Figura 1. La psicooncología como intersección entre la oncología y la psicología de la salud. Recuperado de Cruzado, 2003, p. 13

En el amplio espectro de propuestas, se reduda en que debe hacerse una adecuada valoración inicial de las necesidades psicológicas de los pacientes (García Romero, 2011; Hernández y Cruzado, 2013; Hernández et al., 2012). Igualmente, que estas intervenciones deben incluir elementos de apoyo emocional (Arrighi, Jovell, Navarro y Font, 2014; Malin et al., 2006) y psicoeducación, que faciliten la adaptación a la enfermedad, incrementando el juicio de control y ajustando estrategias de afrontamiento (Arbizu, 2000; Báez, 2002; García Romero, 2011; Gil y Novellas, 2004; Malin et al., 2006; Mira, 2005; Molina y Cabra, 2005).

3.1.3. Reacciones Psicológicas Relacionadas con el Cáncer. El cáncer, más que un acontecimiento aislado, es una serie de acontecimientos estresantes interconectados entre sí (Barroilhet et al., 2005). Incluso antes del diagnóstico, el paciente oncológico empieza un camino difícil: pruebas, tratamiento, búsqueda de recuperación de la salud o preparación para la muerte. En este camino lidia con factores físicos y emocionales que pesarán a favor o en contra del afrontamiento y la adaptación necesaria. Durante todo el proceso se corre el riesgo

de que el paciente abandone o boicotee la adherencia a alguna parte del tratamiento (Vera, 2015).

En cada una de las fases de la enfermedad, el paciente hace un esfuerzo de ajuste a cada situación y demanda, dependiendo en parte, de elementos reales y, en parte de elementos imaginarios como fantasías desastrosas o temidas. Estas fases son:

Prediagnóstico. Enfrentarse a la incertidumbre, a la ausencia de control sobre su futuro inmediato, y a todos los cambios que pueden sobrevenir, desestabiliza al paciente y a su entorno más cercano. Aparecen emociones contradictorias, que pueden ser simultáneas y difíciles de asimilar: miedo, negación, rabia, culpa, ansiedad, depresión, tristeza, angustia, preocupación o rechazo, entre otras. Incluso antes de recibir los resultados, se activan las estrategias de afrontamiento como preparación a la confirmación de la enfermedad, su pronóstico y su posible tratamiento. Pueden aparecer bloqueos emocionales y cognitivos que impiden la adecuada recepción de información, la planificación y la organización necesaria en esta etapa.

Diagnóstico. Una vez confirmado el diagnóstico, el paciente y su entorno cercano se enfrentan a la necesidad de manejar el impacto inicial. Frecuentemente se hace necesaria la toma de decisiones y los pasos siguientes apremian; más el estado psicológico del paciente puede estar alterado y confuso. Las reacciones de la red social que rodea al paciente tienen una gran incidencia en el estado psicológico de éste, y puede producirse un efecto contagio o rebote: aislarse de la angustia o la positividad que muestran todos a su alrededor, asumir la derrota o el catastrofismo de alguien de su entorno o activaciones de pactos de silencio, por ejemplo.

Tratamientos. El inicio de los tratamientos plantea otro dilema para el paciente. Por un lado, la sensación de que ya se está haciendo algo para combatir el problema, y por el otro, las implicaciones y los efectos secundarios físicos y psicológicos que debe enfrentar (Meseguer, 2003). Se produce una alteración de su rutina familiar y laboral (Arrighi et al., 2010), además de las modificaciones de su bienestar y su aspecto físico. Comienza a aparecer el agotamiento en el paciente y en su círculo de apoyo, debido al alto número de retos adaptativos que enfrentan: hospitalizaciones, visitas al hospital, alteración de rutinas alimenticias y de sueño, periodos de aislamiento, citas médicas, nuevas pruebas, por ejemplo. Todo ello con posibles desbordamientos y bloqueos emocionales que dificultan el afrontamiento adaptativo. A continuación, se describen, en función de los tratamientos más comunes o fases de la evolución del cáncer, las alteraciones psicológicas más frecuentes que se asocian a cada uno de ellos:

Cirugía. Aparecen varios temores relacionados con el daño corporal en la forma de cicatrices, mutilaciones (Matías, Manzano, Montejo, Llorca y Carrasco, 1995) y alteración de la autoimagen. También aparece el temor a la sedación, como una falta de control sobre la situación. El equipo quirúrgico se puede encontrar con el rechazo a intervenciones, ansiedad preoperatoria severa o ausencia de colaboración postoperatoria o en la rehabilitación (Vera, 2015).

Quimioterapia y Radioterapia. A pesar de que cada vez hay más tipos de tratamientos y que sus efectos secundarios y formas de aplicación varían, los pacientes suelen temer aquellos que han percibido como más impactantes en historias previas con la enfermedad (obstrucción venosa, delgadez, decaimiento, alopecia, problemas cutáneos, náuseas y vómitos, etc.).

Postratamiento. Una vez terminado el tratamiento, el paciente se enfrenta al reto de volver a lo que ha dejado atrás, además de la necesidad de asimilar todo lo acontecido. Se encuentra con los cambios derivados y con duelo por lo perdido (mutilaciones físicas, cambios laborales y afectivos, etc.). La necesidad apremiante de dejar la experiencia atrás y dar una vuelta a la página, se hace un tanto difícil por las revisiones y pruebas a las que con frecuencia debe someterse, que activan los fantasmas de un pasado reciente. En este período es frecuente el agotamiento emocional, debido a la energía empleada para llevar a cabo un adecuado ajuste a la nueva realidad, la asimilación de las experiencias vividas y la inevitabilidad de aprender a vivir con la vulnerabilidad y el miedo a la recidiva (Carlson et al., 2004; Gil Vila, 2012; Zabora et al., 2001).

Final de la vida. Cuando los peores pronósticos se cumplen, el paciente se enfrenta al difícil reto de ganar cuando está perdiendo, es decir, de ganar calidad cuando ya no cuenta con cantidad de tiempo. La expresión “ya no hay nada que hacer” es inexacta e injusta, siempre se puede hacer algo, porque la vida es vida hasta el final. El paciente moribundo es demandante para sí mismo y para quienes lo rodean: testamento vital, últimas voluntades, últimas decisiones, saldo de cuentas, despedidas, son solo algunas cuestiones que permanecen vigentes mientras acaece la muerte. En esta fase, las necesidades espirituales de los pacientes ganan protagonismo, así como la necesidad de trascendencia y legado.

Tabla 1*Principales Temores Asociados al Cáncer*

Muerte	Miedo a las consecuencias de la enfermedad
Dependencia	De la familia y del personal sanitario
Desfiguración	Cambios corporales físicos y funcionales
Incapacidad	Para la consecución de objetivos
Ruptura	Principalmente de relaciones sociales
Molestias	Derivadas de la enfermedad y del tratamiento

Resumen de los principales temores asociados al cáncer realizado por Sterns, Lauria, Hermann y Fogelberg (1993, recuperado en Cruzado, 2010 p.12)

La atención psicológica es necesaria durante todo el proceso oncológico, desde la prevención, el diagnóstico y tratamiento, cuidados paliativos, hasta después de haber terminado el tratamiento (Ferro y Gil Moncayo, 2015). Durà e Ibáñez (2000) categorizan los programas de intervención que se aplican a pacientes con cáncer en tres tipos:

1. Tratamiento de la sintomatología psicopatológica que puede presentar los enfermos de cáncer.

2. Tratamiento de la problemática específica derivada del diagnóstico y/o tratamiento clínico de la enfermedad. Abordan la comunicación del diagnóstico y las reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento ante el mismo, que se han relacionado con una mayor o menos supervivencia.

3. Intervenciones psicológicas dirigidas a incrementar no solamente la calidad de vida sino también la supervivencia de los enfermos de cáncer.

Simonton, Simonton y Creighton en su libro *Getting Well Again* (1978, citados en Crespo y Rivera, 2012), ponen de relieve la relación existente entre el cáncer con los aspectos psicológicos y emocionales en la díada mente-cuerpo. De acuerdo con estos autores, la persona

participa en su propia salud a través de sus creencias, emociones y actitudes hacia la vida. Es una tarea nada fácil de llevar a cabo.

El impacto de una enfermedad no solo depende de sus características (etiología, pronóstico, tratamiento, efectos secundarios, etc.), de las características psicológicas, físicas y sociales de quien la padece (personalidad previa, sucesos vitales, creencias religiosas, etc.), sino además de cómo el imaginario colectivo la identifique (Rodríguez, 2006). En el transcurso de la historia han aparecido enfermedades míticas que tienen una connotación estigmatizante como ahora la tiene el cáncer. En su momento lo fueron, por ejemplo, el SIDA, el tifus o la lepra.

La representación social del cáncer es imprescindible a la hora de abordar su impacto en el individuo y en toda la sociedad (Gil Villa, 2012). Las representaciones sociales son construidas a través del tiempo, son compartidas por los miembros de una sociedad y son muy difíciles de cambiar. Afectan las reacciones y creencias que se tienen alrededor del tema en cuestión, al estar profundamente arraigadas en nuestro inconsciente (Moscovici, 1979). Los pocos estudios que existen de la representación social del cáncer (Llinares, Benedito y Piqueras, 2010; Castaño y Palacios-Espinosa, 2013) corroboran que es negativa y que esta condición se convierte en un factor de riesgo para quien debe enfrentarla.

La palabra “cáncer” es considerada como un tabú (Rodríguez, 2006), creando un condicionamiento cultural (Bayés, 1991) que afecta la reacción psicológica que acompaña la experiencia oncológica, y desafía los recursos personales de quien lo padece (Stewart et al., 2010). Puede generar respuestas que dañen la salud mental (Deimling, Wagner y Bowman, 2006). La prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer es más

frecuente que en la población general (Cruzado, 2010). Hay quien afirma que el paciente puede entrar en un proceso de crisis vital (Urcuyo, Boyers, Carver y Antoni, 2005).

Este sufrimiento es compartido entre quien padece la enfermedad y quien le acompaña, en especial su familia (Mystakidou et al., 2006), dando lugar al denominado sufrimiento recíproco (Sherman, 1998). Las fuentes del sufrimiento pueden ser divididas en sufrimiento físico o sufrimiento existencial (Jansen y Sulmasy, 2002); mientras que otros autores siguen reconociendo la naturaleza multidimensional del mismo y la inutilidad de la separación mente-cuerpo (Cassell y Rich, 2010).

En donde parece haber más consenso es en la evidencia de que el sufrimiento se asocia a un deterioro en el bienestar y la calidad de vida (Abraham, Kutner y Beaty, 2006; Krikorian, Limonero y Maté, 2015), en el malestar físico general, la debilidad, el dolor y síntomas ansioso-depresivos (Wilson et al., 2007).

El sufrimiento en el camino oncológico está relacionado con cambios vitales, pérdidas vocacionales, la desesperanza, los cambios negativos en la apariencia, la dependencia y la incapacidad (Abraham et al 2006; Baines y Norlander 2000; Wilson et al., 2007). Aparece cuando se experimenta una pérdida de control y de la dignidad, cuando se percibe así mismo como una carga añadida para la familia. En estos casos, puede aparecer deseo de acelerar la muerte (Chochinov, 2006; Wilson, Curran y McPherson, 2005) e incluso ideas autolíticas (Vera, 2015). Hay factores socioculturales que parecen influir de forma más o menos directa en la experimentación del sufrimiento como el género (Kirkova et al., 2010), la edad, la situación económica, el estado de bienestar comunitario y el apoyo social (Barroilhet et al., 2005; Krikorian et al., 2015).

3.1.3.1. Síntomas y Trastornos Psicooncológicos. Como consecuencia de la demanda adaptativa en el proceso oncológico y el desbordamiento de los recursos del paciente, además del cáncer, aparecerán síntomas que pueden desembocar en verdaderos trastornos psicológicos (Vera, 2015); los más frecuentes son:

Los trastornos del estado del ánimo. El proceso oncológico está plagado de síntomas de malestar emocional, lo que nos lleva a dos principales riesgos: por un lado, patologizar el malestar emocional propio de la enfermedad; y por el otro, no llevar a cabo el correcto diagnóstico y tratamiento de trastornos psicopatológicos comórbidos que pueden significar en sí factores de riesgo añadido (Cruzado, 2010; Die Trill, 2003; Hernández, Cruzado y Arana, 2007; Hernández et al., 2012; Vera, 2015). Un adecuado seguimiento multidisciplinar ayudará a diferenciar los síntomas clínicos de los síntomas subclínicos propios del proceso de ajuste.

Síntomas de ansiedad y depresión. La ansiedad, el miedo y la tristeza están profundamente ligados, y constituyen una manifestación universal ante el temor o amenaza a la supervivencia. La prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional es muy alta en pacientes que sufren o han sufrido cáncer (Ahlberg, Ekman, Wallgren, y Johansson, 2004; Carlson et al., 2004; Drageset y Lindstrom 2005; Karabulutlu et al., 2010; Lloyd-Williams y Friedman, 2001; Przewdzicki et al., 2013; Reuter et al., 2006; Sheppard, Llanos, Hurtado-de-Mendoza, Taylor y Adams-Campbell, 2013; Zabalegui, Sánchez, Sánchez y Juando, 2005), y dependen del estadio de la enfermedad, sus consecuencias y su evolución en el tiempo (Die Trill, 2003). Se relaciona con sentimientos de incertidumbre ante el diagnóstico y las revisiones, con el temor de los efectos secundarios de los tratamientos, la falta de control social o personal, el deterioro físico y el temor a la muerte (Zabalegui et al., 2005).

Los trastornos psiquiátricos secundarios. Suelen presentarse cuando está afectado el sistema nervioso central. Pueden ser muy variados, van desde los trastornos con afectación de funciones cognoscitivas (delirium, demencia y trastornos amnésicos), hasta otros en donde se afecta la capacidad para mantener el sentido de la realidad (psicosis, trastorno delirante, alucinaciones y catatonía) (Die Trill, 2003).

Los trastornos sexuales. Muchos pacientes oncológicos pierden la capacidad de disfrutar con la actividad sexual durante el curso de su enfermedad, ya sea de manera permanente o de forma transitoria, lo cual va a suponer un fuerte impacto en el paciente y su pareja (Die Trill, 2003).

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). El reconocimiento del diagnóstico de cáncer como un evento potencialmente traumático es reciente (Fischer y Wedel, 2012; Gil Moncayo et al., 2008; Kangas, Henry y Bryant, 2002; Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009; Turner-Sack, Menna y Setchell, 2012). Se ha visto que los pacientes oncológicos cumplen los criterios nucleares del TEPT: la reexperimentación, la evitación cognoscitiva y las respuestas de hiperactivación (Kangas et al., 2002).

Deterioro cognitivo. El déficit cognitivo es habitual durante y después de tratamientos como la quimioterapia. Este fenómeno, a menudo conocido como “*quimio-cerebro*”, y ha sido estudiado ampliamente (Die Trill, 2003). Los resultados sugieren que la función cognitiva de estos pacientes se encuentra deficitaria entre un 16% y un 75%. Los cambios cognitivos relacionados con la quimioterapia suelen afectar a múltiples dominios cognitivos, incluyendo el lenguaje, la memoria verbal y no verbal, las habilidades espaciales y la función motora, sugiriendo un patrón de deterioro cognitivo generalizado.

Una de las herramientas que comienza a ser ampliamente utilizada en el contexto de enfermedades crónicas como el cáncer es la atención plena (*mindfulness*, Carlson et al., 2011). Este conjunto de técnicas busca concentrar la atención en la experiencia presente, momento a momento de forma intencionada, consciente y libre de juicio, cultivando la introspección y la comprensión del sí mismo (Kabat-Zinn, 2003). Tiene su origen en las prácticas de meditación oriental, y se ha demostrado su utilidad para aliviar el sufrimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, por medio del dominio de estados aflictivos y del desarrollo de cualidades positivas, tales como la atención, el darse cuenta, la compasión y la ecuanimidad (Kabat-Zinn, 1990, 2003).

Como constructo psicológico, Bishop (2004, en Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006) refiere dos componentes principales de la atención plena: la regulación de la atención con el propósito de mantener su foco en la experiencia presente, y una actitud de curiosidad, apertura y aceptación de esa experiencia. La conciencia y la atención se entrelazan en el transcurso de nuestra vida cotidiana, pero es la atención la que se puede considerar un elemento especialmente focalizador de la experiencia actual o realidad presente. La atención plena es la capacidad de enfocar la conciencia y la atención, de forma abierta, receptiva, constante y regular en el curso de la experiencia cotidiana (Martin, 1997 en Shapiro et al., 2006). En un marco de aceptación libre de juicio, el sujeto aprende a centrar su atención en la respiración o en las sensaciones corporales. Según Carlson et al. (2011) el *mindfulness* o atención plena favorece la respuesta al estrés como se observa en la figura 2.

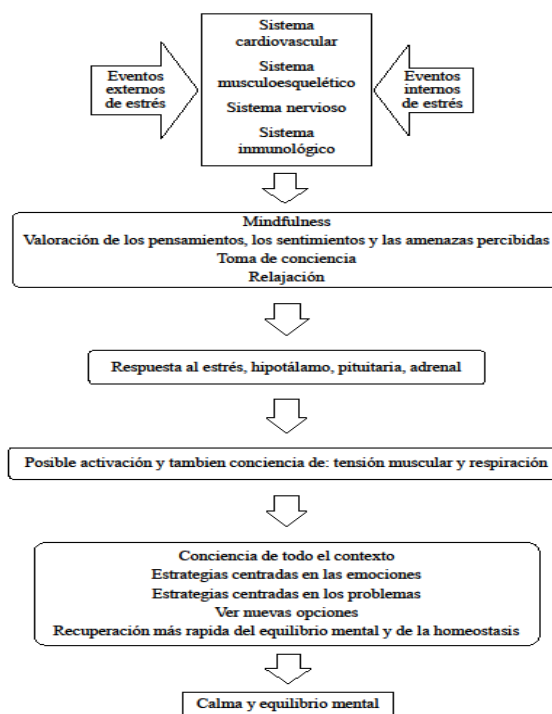


Figura 2. La respuesta al estrés con la atención plena. Recuperado de Carlson et al., 2011, p. 662.

3.1.4. Espiritualidad y Cáncer. Cada vez es mayor la relevancia del cuidado espiritual en el ámbito de la salud, sobre todo en el caso de las enfermedades que amenazan la vida (Beca, 2008; Krikorian y Maté, 2015), como parte de la búsqueda del cuidado holístico del enfermo (Chochinov, 2006).

En el caso del cáncer, este puede ser enfrentado como una experiencia límite que aboca a la desesperanza o la pérdida de sentido (Breitbart et al., 2000; Kissane, Clarke y Street, 2001), hace emerger inquietudes existenciales en torno a la muerte, al sentido de la vida, la trascendencia (Meraviglia, 2006; Puchalsky et al., 2009) y la espiritualidad (Cordova et al., 2001).

En el esfuerzo de conceptualizar y operativizar un concepto abstracto, continuo, dinámico e individual como la espiritualidad, ayudan definiciones como la ofrecida por Puchalsky et al.: “a través de la espiritualidad, el individuo experimenta una conexión con el momento, el sí mismo, los otros, la naturaleza y aquello que es significativo o sacro” (2009, p. 887). Las inquietudes de orden espiritual están presentes en todas las personas de manera universal (Benito, Barbero y Payás, 2008). Contienen una experiencia integradora del ser, la búsqueda de sentido y propósito, la trascendencia y la conexión con sí mismo y con el entorno (Sánchez, 2009).

La espiritualidad es una experiencia subjetiva que puede emerger dentro o fuera de un marco religioso. Puede experimentarse al margen de sistemas organizados de creencias, prácticas o cultos (Nelson et al., 2009). Se puede manifestar a través de la relación con un ser superior, con la naturaleza, las artes, la familia o la comunidad, en la medida en que otorgue sentido, significado y propósito para el individuo que la desarrolla (Krikorian y Limonero, 2012). Está relacionada con factores como la conciencia de sí mismo, el afrontamiento efectivo, la adaptación al estrés, las relaciones satisfactorias, la conexión con los demás, la fe, el empoderamiento, la confianza, y sobre todo con vivir con sentido y esperanza (Frankl, 2015; Nelson et al., 2002; Sulmasy, 2002).

La vivencia de la espiritualidad toma relevancia en el contexto oncológico, ya que se ha encontrado que este llamado bienestar espiritual constituye un factor de protección (Stefanek, McDonald y Hess, 2005) y está relacionado con la salud emocional (Lin y Bauer-Wu, 2003), con un mejor afrontamiento de la gravedad (Steinhauser et al., 2006) y de la muerte (McClain-Jacobson et al., 2004), con una elevada calidad de vida (Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella, 1999), con un mejor funcionamiento psicológico (McClain-Jacobson et al., 2004;

Meraviglia, 2006), con ausencia de síntomas depresivos (Nelson, Rosenfeld, Breitbart y Galietta, 2002) y con una mejor efectividad en las intervenciones psicooncológicas (Sinclair, Bouchal, Chochinov, Hagen y McClement, 2012).

Las necesidades espirituales emergen de forma transversal en cada cultura y se intensifican con la proximidad de la muerte. El psicooncólogo las trata no como carencias, sino como potencialidades (Maté y Juan, 2008). Según Krikorian y Maté (2015, p.219), serían:

- Ser reconocido como persona
- Volver a leer su vida
- Encontrar sentido a la existencia y el devenir: la búsqueda de sentido
- Liberarse de la culpabilidad, perdonarse
- Deseo de reconciliación, de sentirse perdonado
- Establecer su vida más allá de sí mismo
- Continuidad, creer en un más allá
- Auténtica esperanza, no de ilusiones falsas. La conexión con el tiempo
- Expresar sentimientos y vivencias religiosas
- Amar y ser amado

Dicho tratamiento se centra en la búsqueda del alivio del sufrimiento, a través de la experiencia de integridad y completitud (Mount y Kearney, 2003) y por medio de la compasión, la esperanza y el reconocimiento de las posibilidades del enfermo (Sinclair et al., 2012). El psicooncólogo le acompaña en la examinación de preocupaciones íntimas y humanas como la libertad, la soledad, el sentido de la vida, la inminencia de la muerte, por ejemplo. Le ayuda a encontrar consuelo, conexión, significado y propósito en medio del sufrimiento, la desazón y el dolor (Puchalsky et al., 2011).

3.2. *Counselling*

3.2.1. Principios Teóricos del *Counselling*. El marco en el que se desarrolla el *counselling* es la psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1961), nutriéndose del existencialismo y de las terapias humanistas. Este psicólogo propuso esta forma de intervención terapéutica como una relación auxiliar que fomenta la autoayuda en el sujeto, su propia iniciativa y responsabilidad, así como sus propios recursos para superar los retos que enfrenta (Dietrich, 1986, citado en Cancio y Serrano, 2007). Actualmente se considera una técnica imprescindible para la mejora de la relación “sanitario-paciente” en cualquier ámbito patológico (Arranz, 2004; Bimbela, 2001a; Martí, Barreda, Marcos y Barreira, 2013).

El trabajo tipo *counselling* se caracteriza por hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas, de modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para sí mismo de acuerdo con sus intereses y teniendo en cuenta su estado emocional (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003, citados en Alonso y Bastos, 2011). Tiene como referente el modelo de potenciación, en el que se considera que todos tenemos la capacidad de superar situaciones adversas (Barreto et al., 2013). Arranz et al. (2003, citados en Alonso y Bastos, 2011) dicen que:

Es un proceso interactivo que promueve la motivación al cambio desde el respeto a uno mismo y a los demás. Para su puesta en práctica es necesario que el profesional sea sensible al sufrimiento y esté formado para su manejo; que se comprometa a facilitar el desarrollo de una vida digna en las personas a las que atiende, dentro de un marco donde la acogida, el amor y la reconciliación estén presentes. (p. 194)

El *counselling* constituye una herramienta terapéutica auxiliar, de intervención y preventiva, en que la persona que se encuentra desbordada y confundida se inscribe en un

proceso activo de aprendizaje, que mejora su capacidad de autoayuda, autodirección y competencia operativa (Barreto et al., 2013). Se aleja de posicionamientos directivos y utiliza la pregunta en vez de la aseveración; esto provoca que el paciente se dé respuestas a sí mismo potenciando con esto su compromiso con el cambio (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 1997, citados en Cancio y Serrano, 2001).

Plantea un cambio en el modelo vertical sanitario: el terapeuta deja de tener la potestad de conducir al paciente, se encarga de explorar y tener en cuenta sus creencias y expectativas, haciéndolo participar en un plano de igualdad del proceso de toma de decisiones que le conciernen (Cancio y Serrano, 2007). Se potencian los recursos propios del paciente, promoviendo su autoconocimiento, el adecuado manejo de sus emociones y que logren vivir de una manera más plena y gratificante (Martí et al., 2013).

Este modelo horizontal se apoya en el principio bioético de la beneficencia, que es de tipo deliberativo y participativo (Martí et al., 2013) y, a través de su aplicación, el paciente, con la ayuda del profesional, se corresponsabiliza, tiene la palabra, gana protagonismo y dirige su propio proceso asistencial y pasa de ser “mero objeto a ser sujeto del acto clínico” (Borrell, 2002).

Esta propuesta terapéutica, pone énfasis en la libertad de elegir por parte del paciente y la confianza que tiene el terapeuta en él y en sus capacidades, en el camino de la búsqueda de su bienestar. Cuidando las habilidades comunicativas y la actitud, el terapeuta mantiene un vínculo de confianza y de simetría moral en el proceso de exploración y expresión de emociones, el fortalecimiento de capacidades y la toma de decisiones en el proceso terapéutico (Cancio y Serrano, 2007).

Para esta investigación entendemos el *counselling*, y lo diferenciamos de cualquier modelo de psicoterapia, como lo define Gil Moncayo:

Un conjunto de habilidades terapéuticas que facilitan la relación de ayuda puntual hacia el enfermo o familiar, y que define lo que llamamos “apoyo emocional”. Mientras que la psicoterapia va a requerir un objetivo... y un marco terapéutico de referencia, una serie de tareas y técnicas que hay que desarrollar a lo largo de las sesiones, y un indicador de cambio al final de cada sesión o tratamiento. (2015, p.6)

García et al. (1996) en su propuesta de intervención *counselling* para personas con enfermedades crónicas, señalan que hay dos aspectos fundamentales a considerar: por un lado, la actitud del sanitario, considerando al paciente como un aliado y colaborador del proceso terapéutico, cuyas aportaciones son promovidas y valoradas, y por el otro, el entrenamiento de habilidades específicas. Todo ello con los objetivos de:

- Optimizar las relaciones interpersonales de tal forma que el profesional de la salud se convierta en una persona significativa y de confianza para el paciente.
- Identificar las principales preocupaciones del paciente, sus creencias y expectativas.
- Informar, motivar y facilitar cambios en su comportamiento de riesgo
- Potenciar el autocontrol sobre su salud, describiendo pautas y normas de actuación claras.
- Amortiguar el estrés y el impacto emocional.
- Acompañar y alentar al paciente y a sus allegados a lo largo del proceso de la enfermedad.
- Plantear y describir estrategias de solución de problemas.

Egan (1975, citado en Martí et al., 2013) distinguió diversas fases en el *counselling*, sugiriendo un modelo secuencial de interacción. Se inicia con las habilidades de exploración (*exploring skills*), en la que el terapeuta clarifica y entiende la situación del paciente, para dar paso a continuación a una segunda etapa de nueva comprensión y de acompañamiento en el conocimiento de la verdad sobre la enfermedad y su tratamiento, denominadas habilidades de comprensión (*understanding skills*) y llegar, finalmente, a una fase de acción o habilidades de actuación (*acting skills*) tal y como se visualiza en la figura 3. Acompañado de la estrategia SOLER, siglas inglesas que corresponden a los siguientes criterios (que se identifican por sus nombres en inglés), *squarely* (situarse en un lugar enfrente del paciente y a un ángulo adecuado), *open posture* (postura abierta), *lean* (inclinarse ligeramente hacia el paciente), *eye contact* y *relaxed* (contacto ocular y estilo relajado), para lograr un trabajo adecuado en el proceso terapéutico.

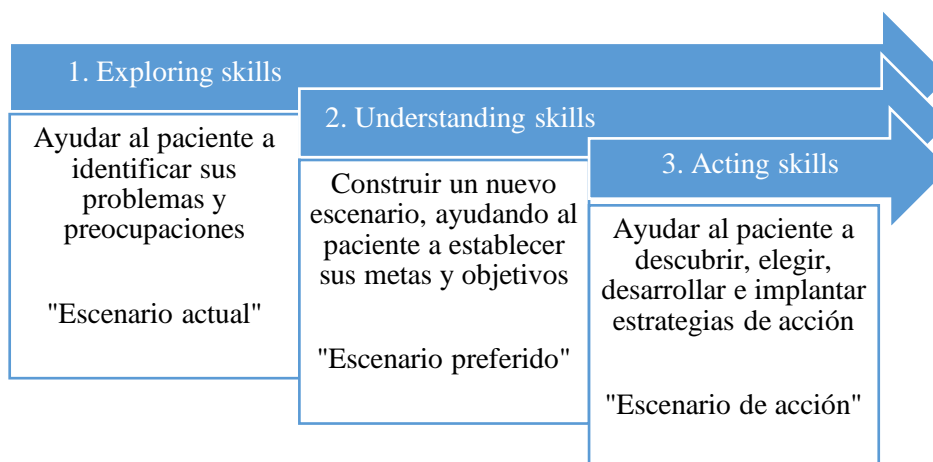


Figura 3. Modelo secuencial del proceso terapéutico en *counselling* (Egan, 1975). Recuperado en Martí et al. 2013, p. 238.

Es indispensable crear un “clima emocional adecuado” que favorezca la efectividad de la intervención, propiciando formas de relación y comunicación terapéuticas (Cancio y Serrano, 2007) que permitan alcanzar los objetivos terapéuticos buscados. Rogers (1961)

planteó la necesidad de las siguientes actitudes para ejercer este tipo de abordaje: la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional.

Empatía: Permite al terapeuta tener la disposición y la habilidad de comprender al paciente, transmitiendo la comprensión respetuosa de la situación que vive y de su punto de vista.

Congruencia y veracidad: Implica un gran esfuerzo para el profesional, ya que le obliga a mantener un fino equilibrio entre su papel como observador neutral, y estar dispuesto a “ponerse en los zapatos” del paciente, dándole la capacidad de transmitir solidaridad con el sufrimiento que observa en él, y respeto incondicional por las limitaciones y herramientas que ambos, pacientes y terapeuta, tienen a su alcance.

Aceptación incondicional: Se refiere a la capacidad auténtica de no juzgar al paciente, de acoger con respeto sus circunstancias, sus decisiones y su historia.

Sin estas actitudes el *counselling* puede derivar en la manipulación en la relación con el paciente. Para poder mantenerlas durante todo el proceso terapéutico, es necesario desarrollar las siguientes habilidades relacionales (Barreto, Arranz y Molero, 1997, citados en Cancio y Serrano, 2001):

La comunicación efectiva: Solo a través de ella se puede tener un verdadero diálogo en el marco de una relación deliberativa y de soporte emocional. Es especialmente difícil y necesario promoverla, sobre todo en situaciones límite, como el afrontamiento de la muerte, tanto la propia como la de los seres amados.

La solución de problemas: No se trata de pretender contar con la capacidad de realizarla de forma unilateral e inequívoca, sino de facilitar que el paciente vea todas las

opciones disponibles para poder adoptar una resolución, promoviendo una actitud proactiva y de autocuidado.

La autorregulación: Esta habilidad cumple una doble función, por un lado, facilita al terapeuta reaccionar con flexibilidad ante las situaciones, sin caer en la impulsividad, la defensa o el prejuicio y, por otro lado, previene el *burnout*.

El soporte emocional: Pone de manifiesto la importancia de ofrecer al paciente una actitud cálida, respetuosa y cercana, que motive al cambio desde la aceptación, evitando disonar impositivamente con el estado de ánimo del paciente.

3.2.2. Herramientas del *Counselling*. Bimbela (2001a) y Quevedo y Benavente (2019) detallan los tipos de habilidades específicas en la comunicación terapéutica: habilidades emocionales, habilidades de comunicación y habilidades de motivación al cambio.

3.2.2.1. *Habilidades Emocionales.* El objetivo que se pretende con el uso de dichas habilidades es manejar las alteraciones emocionales que puedan surgir en la interacción terapéutica. Tienen como propósito buscar soluciones para que estas emociones desagradables (sin obviarlas/reprimirlas), en vez de desbordarse y bloquear la búsqueda de alternativas y las acciones oportunas, sean una motivación para buscar soluciones de actuación sobre las situaciones a las que están asociadas. Para conseguirlo se interviene en los tres niveles de respuesta humana: cognitivo, fisiológico y motor.

Nivel cognitivo. Incide en la interpretación que el paciente hace acerca de las situaciones, y determina en gran medida cómo reacciona ante una situación determinada. Suele ser una fuente importante de alteraciones emocionales cuando están presentes (lo que se puede denominar como pensamientos improductivos), que magnifican los aspectos más negativos, se convierten en fantasías desastrosas (por más inciertas e improbables que sean) y generan

sensaciones de culpa y autocastigo, juzgando y/o moralizando. Se puede intervenir en estas distorsiones cognitivas mediante las siguientes técnicas (García et al., 1996):

- **Información.** Ofrecer información relevante, concreta y de forma clara sobre la situación en la que se encuentra el paciente.
- **Improductividad de pensamientos.** Comprobar la escasa aportación positiva que tienen algunos pensamientos y la carga negativa de los mismos.
- **Detección de las fuentes de estrés.** Aprender a reconocer las situaciones que generan alteraciones emocionales.
- **Prevención de respuestas.** Prepararse para los acontecimientos futuros que pueden ir apareciendo a lo largo del proceso que atraviesan.
- **Idea de controlabilidad.** Ser consciente de que uno mismo puede determinar de alguna manera el curso de los eventos relacionados con su proceso de salud-enfermedad.
- **Mejora de la autoestima.** Potenciar el modelo de competencia, creerse capaz de desarrollar sus capacidades.
- **Resolución de problemas.** Buscar posibles alternativas o soluciones ante situaciones conflictivas que aparecen en el proceso.
- **Pensamientos alternativos compatibles.** Generación de pensamientos alternativos creíbles mediante la petición de evidencias, y análisis/balance de ventajas/desventajas.
- **Paraguas emocional.** Identificación y uso de estrategias de protección emocional.

- **Desechar juicios de valor.** Estimación de la compasión y la comprensión tanto de las acciones propias como ajenas, evitando juzgar y/o moralizar.
- **Autorrefuerzo.** Reconocimiento de las acciones/valores/características positivas propias.

Nivel fisiológico. Ante una situación interpretada como amenazadora, estresante o desagradable, el cuerpo activa el sistema vegetativo para ayudarle a huir o enfrentarse a esa situación. Cuando este mecanismo se mantiene activado de forma continua en el tiempo, se activan niveles altos de alteración continua y se sufre un nivel de malestar significativo. Este estado provoca un deterioro tanto físico como psíquico, disminuyendo la capacidad para afrontamiento conveniente. Para intervenir a este nivel, se utilizan preferiblemente ejercicios de respiración profunda y entrenamientos en relajación y distensión. Algunos autores apuestan por la incorporación de estrategias de distracción (Tazón, García y Aseguiolaza, 2002, citados en Quevedo y Benavente, 2019).

Nivel de las respuestas motoras. Es probable que, ante una situación dolorosa o conflictiva, emerjan bloqueos o inhibiciones, acciones descontroladas, desorganizadas o irracionales. Bimbela (2001a) propone el esquema de afrontamiento resumido en la tabla 2.

Para ayudar al paciente a concretar conductualmente la búsqueda de su bienestar, se pueden utilizar las siguientes técnicas (García et al., 1996):

- **Desarrollo e incremento de actividades gratificantes.** Identificación, evaluación y promoción de las actividades que puedan contrarrestar las sensaciones de malestar.

- **Cambio de hábitos.** Aquellos hábitos que sean recomendados por los especialistas o que el propio sujeto identifique como rutinas activadoras de bienestar.
- **Entrenamiento y mejora en habilidades sociales.** Como parte del fortalecimiento de la unidad con sus grupos de pertenencia.
- **Incrementar recursos de acercamiento.** Actividades y actitudes que incrementen el nivel de intimidad y confianza con sus allegados.
- **Adoptar medidas preventivas.** Evitando aquellas acciones que puedan atentar contra su salud y su bienestar.
- **Búsqueda de información científica.** En reemplazo a aquellas fuentes de información de dudosa confiabilidad, y que puedan ofrecer información fidedigna.
- **Conocer recursos sociosanitarios.** Fomentando el acceso y la eficacia de recursos disponibles para las necesidades que pueda tener.

3.2.2.2. Habilidades Comunicacionales. Son la herramienta básica para la relación interpersonal, y a través de ellas se hace posible el abordaje del proceso que están viviendo los pacientes y los cambios comportamentales que se quieren promover. Hay dos elementos que deben ser cuidados en igual esmero: la comunicación verbal y la no verbal. Engloban factores claves del *counselling*: la escucha activa y la empatía.

En la comunicación verbal están incluidas todas aquellas verbalizaciones al preguntar, informar, sugerir y las expresiones personales. En la comunicación no verbal, están incluidas aquellas expresiones cargadas de información que no se verbalizan pero que complementan lo

que se quiere transmitir: expresión facial, contacto visual, postura del cuerpo, proximidad física, contacto físico, tono de voz y pausas.

Tabla 2

Esquema de Afrontamiento de Situaciones

Describir la situación	La carga emocional intensa dificulta limitarse a describir objetivamente las situaciones. Lograr hacerlo ayuda a despojarse de interpretaciones subjetivas que dificultan una resolución eficaz.
Escribir un listado de alternativas	Esta fase creativa es fundamental en el afrontamiento eficaz. Es clave ejercer la libertad (sin juicios ni boicots) de exponer/registrar cada una de las alternativas que van surgiendo.
Valorar cada alternativa	Se analizan, juzgan y valoran las alternativas del paso anterior. Respetando el criterio de coherencia (interna) y el criterio de inteligencia y beneficencia para todos los implicados (todos ganan).
Tomar la decisión	No existe la solución perfecta, sino la más adecuada/factible en cada circunstancia. Se debe evitar el riesgo de la no acción y quedar atrapados en el “círculo vicioso” de volver a los pasos anteriores.
Actuar	La alternativa elegida es la mejor, no es perfecta (casi nunca existe). Se debe interpretar las consecuencias negativas que puedan aparecer al ponerla en práctica.
Evaluar la actuación	Desde la objetividad y la compasión, aprender en cada paso que se da en el proceso de afrontamiento de una situación determinada.

Elaboración propia a partir de las seis fases del “Esquema de Afrontamiento de Situaciones” propuesto por Bimbela (2001a, p. 36)

La escucha activa se refiere a la forma en que el psicólogo logra animar a los pacientes para que expresen lo que desean, reduciendo así los sesgos perceptivos y promoviendo un diálogo y negociación de las posibles alternativas (Costa y López, 2008, citados en Quevedo y Benavente, 2019). Estos autores hacen un resumen de las reglas de la escucha activa que se puede ver en la tabla 3.

Por su parte, la empatía se refiere a la capacidad de captar de forma precisa los sentimientos experimentados y expresados por el paciente, recibirlos de forma completa, en la forma y los significados que tiene para él, y una vez captados, realizar una devolución afectiva y compasiva (Rogers, 1961).

Tabla 3*Nueve Reglas que Ayudan a la Escucha Activa*

1. Mentalizarse y tener presentes las ventajas de escuchar: para conseguir, no solo mejor predisposición a escuchar, sino que también obtienen beneficios para que el consejo psicológico sea óptimo
2. Expresar su disposición a escuchar y preparar las condiciones para hacerlo: Es imprescindible que los pacientes perciban que los sanitarios están dispuestos a escucharlos, y tienen que hacerlo sin interrupciones y sin prisa, por eso tienen que habilitar el lugar donde van a hablar y realizarlo en un momento donde el sanitario disponga de tiempo para hablar.
3. Observar al paciente mientras habla para identificar lo que está contando y, sobre todo, fijarse en lo que comunica desde los elementos no verbales
4. Sincronizar el comportamiento verbal y no verbal mientras escuchan: Es imprescindible que los gestos estén en sintonía con las palabras que escuchamos
5. No incurrir en obstáculos. Hay que tener cuidado con interrumpir al paciente o incluso mostrarse en desacuerdo con la decisión tomada por el paciente.
6. Comprobar que el paciente ha finalizado con su discurso. Para ello, el sanitario tiene que cerciorarse de esto, realizando preguntas como ¿Desea contarme alguna cosa más?
7. Tener un guion del discurso o de los temas de los que desea indagar información.
8. No apelar al tiempo cuando no se tiene tiempo para escuchar. Es imprescindible que el profesional no esté atento al tiempo que tiene, sino qué es lo que va a hacer con el tiempo que se tiene. También es muy importante cómo se transmite que no se tiene tiempo para escuchar a un paciente.
9. Permitir que afloren las emociones. Respetar el modo en que los pacientes transmiten sus emociones (con voces, ironías, quejas, llantos...) tras conocer la noticia de su estado de salud, pero poniendo límites para apaciguar algunas de las expresiones que pueden interferir con el proceso del consejo.

Elaborado por Costa y López, 2003. Recuperado de Quevedo y Benavente, 2019, p. 329

Bimbela (2001a) diferencia dos clases de empatía, la global y la concreta. En la primera el terapeuta generaliza su expresión: “*te entiendo, te comprendo*”; en la segunda, se refiere a situaciones concretas: “*Entiendo que sea difícil para ti hacer...*”. Este autor recomienda usar la segunda, ya que la primera puede sonar “teatral” y desajustada de la realidad, ya que el terapeuta no habrá experimentado muchas de las situaciones que encontrará en el ámbito terapéutico: “*¡Cómo me va a entender, Usted nunca ha pasado por un cáncer!*”.

Este mismo autor incluye dentro de las habilidades de comunicación, reforzar, siempre de manera concreta igualmente, aquellas respuestas o conductas que vayan siendo modificadas durante el proceso terapéutico. García et al. (1996) incluye el ofrecimiento de información, buscando siempre la concreción de lo expuesto, lo acordado y lo comprendido, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

3.2.2.3. Habilidades de Motivación para el Cambio de Conducta. La terapeuta incentiva a los pacientes a que sigan la alternativa elegida por ellos mismos (adhesión al tratamiento). Es importante que cada decisión y compromiso sea escogido de una forma deliberada por el paciente, para garantizar su motivación a cumplirla y mantenerla (Sánchez-Craig y Lei, 1986). Bimbela (2001a) propone el modelo P.R.E.C.E.D.E. que es una adaptación del propuesto por Green (1991), y que consiste en tres pasos: Averiguar los factores predisponentes (*predisposing*), analizar los factores facilitadores (*enabling*) e identificar los factores reforzantes (*reinforcing*).

3.2.3. La Práctica del *Counselling*. Arranz y Cancio (2003) hacen una propuesta del contenido de una sesión de *counselling*, que debe ser ajustada y personalizada en el momento de la intervención, pero que sirve como modelo base. Dicha propuesta consiste en:

- a. Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor y necesidades del modo más específico posible. Facilitar la expresión emocional.
- b. Ayudar a jerarquizar lo que se ha identificado, empatizando con las emociones y los valores subyacentes a lo expresado.
- c. Identificar recursos y capacidades, ya sean internos o externos.
- d. Proporcionar información. Identificar lo que el paciente sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.
- e. Abordar las preocupaciones, una vez jerarquizadas, combinándolas con los recursos y capacidades de que dispone la persona y con otros que podamos sugerir.
- f. Clarificar las distintas opciones evaluando pro y contras.

- g. Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los valores y recursos del paciente.
- h. Resumir y planificar el futuro.

Cancio y Serrano (2007) aseguran que el *counselling* es difícil de aplicar, es costoso emocionalmente porque el escuchar abre el corazón del otro y su sufrimiento. Estos autores aseguran que se debe estar despierto y consciente, estar dispuesto a trabajar sobre valores profundos como la empatía, la libertad de elegir, la justicia y la dignidad; para ellos, el *counselling* implica un desarrollo personal.

Pero, por otro lado, practicarlo ha demostrado ser útil en ámbitos donde existen altos niveles de estrés y experiencia de sufrimiento como el hospitalario, evitando el burnout. Bimbela (2001b) afirma que el primer beneficiario del *counselling* es el propio profesional que lo practica, ya que puede lograr sus objetivos de forma más eficaz y con el menor coste personal posible. Este autor asegura que la práctica habitual del *counselling* previene la aparición de situaciones difíciles, agresivas y emocionalmente desbordantes; además de favorecer la oportunidad de abordar contenidos críticos e incorporar cambios en ellos.

García et al., (1996) resaltan lo propicio que es trabajar con esta propuesta terapéutica con pacientes con enfermedades crónicas, ya que el terapeuta tiene en el *counselling* una herramienta flexible y acogedora para poder acompañar al paciente en la elaboración y búsqueda de respuestas a sus inquietudes espirituales: la culpa, la reconciliación, el perdón, el morir en paz, la trascendencia, la búsqueda de sentido, la esperanza y la fe. En 1987, la OMS recomendó el *counselling* como el método más apropiado de ayuda, apoyo y prevención en patologías crónicas como el SIDA y el cáncer (García et al., 1996).

Gil Moncayo (2015) asegura que los sentimientos más habituales que se encuentran en los pacientes oncológicos son amenaza e incertidumbre; que el terapeuta *counselling* no debe olvidarse que, aunque la enfermedad no sea curable, siempre es tratable, y que siempre debe acompañarse al ritmo del paciente. Se ha hecho un compendio que ilustra la evidencia clínica de este tipo de abordaje terapéutico y que se puede consultar en la tabla 4.

Tabla 4

Evidencia Sobre la Eficacia del Counselling en Pacientes con Cáncer

Estudio (referencia)	Grado de recomendación y nivel de evidencia	Intervención en pacientes oncológicos	Resultados	Hallazgos
Sekse et al., (2014)	A: Ia	Se revisaron 22 estudios con 1.926 participantes donde se analizaron los efectos de la intervención en el funcionamiento social y sexual, como angustia, depresión, ansiedad, actitud a la atención médica y efectos sobre la autoestima y la imagen corporal, en pacientes con cáncer ginecológico de 1980 a 2008 a través de Medline, CINAHL y PsycINFO	Las intervenciones, en general, no mejoraron los síntomas físicos o vocacionales. Las intervenciones basadas en la información (psicoeducación) parecen en gran medida incapaces de proporcionar beneficios significativos.	Las intervenciones cognitivo-conductuales tuvieron efectos positivos y el <i>counselling</i> parece ser la estrategia de intervención más prometedora para abordar la calidad de vida para las mujeres con cáncer ginecológico. Demostró ser útil en la práctica clínica para mejorar las habilidades de comunicación personal y el apoyo psicosocial en relación con el tratamiento del cáncer ginecológico.
Naumann et al., (2012)	B:IIIb	Establecen el <i>counselling</i> como un enfoque centrado en el	Concluyen que el ejercicio combinado y un programa de	Se obtuvieron enormes beneficios de las sesiones de <i>counselling</i> como

		paciente basado en el individuo; el objetivo es facilitar la divulgación de los sentimientos y ansiedades, aclarar cuestiones y ofrecer consuelo y apoyo a las mujeres según se requiera	<i>counselling</i> es una intervención factible y aceptable para los sobrevivientes de cáncer de mama, mejorando su calidad de vida.	estrategia multimodal para la rehabilitación de sobrevivientes de cáncer de mama.
Hersch et al., (2009)	B:II	Se analizaron las intervenciones psicosociales y la calidad de vida en pacientes con cáncer ginecológico a través de Medline, CINAHL y PsycINFO, de 1980 a 2008, y se encontraron siete intervenciones de <i>counselling</i>	La efectividad individual y grupal del <i>counselling</i> mostro mejoría en la actitud general de los pacientes hacia el cuidado de la salud, el funcionamiento sexual, síntomas de depresión y de ansiedad, el distrés psicológico en general y la actitud hacia la atención medica	Se encontraron efectos positivos de las intervenciones de <i>counselling</i> en el funcionamiento sexual
Abott-Anderson y Kwekkeboom (2012)	B:II	Se identificaron 37 artículos en CINAHL, Pubmed y PsycINFO, asociados a problemas sexuales. Tres estudios fueron dirigidos a las intervenciones psicoeducativas y <i>counselling</i> en pacientes sobrevivientes de cáncer ginecológico.	La revisión proporciona evidencia de que las sobrevivientes de cáncer ginecológico experimentan problemas sexuales a través de las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la sexualidad. Solo dos estudios demostraron efectos positivos sobre la función sexual utilizando	Se necesita más investigación que incluya una evaluación completa y sistemática de las preocupaciones sexuales, utilizando medidas fiables y válidas que incluyan todos los diagnósticos ginecológicos de cáncer, las etapas de la enfermedad y lo tipos de tratamiento.

			un enfoque psicoeducativo y <i>counselling</i>	
Brotto, Yule y Breckon, (2010)	B:I	Revisión sistemática acerca de <i>counselling</i> , salud mental, funcionamiento social y sexual, relaciones interpersonales de pacientes oncológicos como efecto de los tratamientos	Los tratamientos que abordan la educación sexual son más eficaces si abordan la motivación y la autoeficiencia	El uso del <i>counselling</i> en el funcionamiento social, los síntomas físicos y el funcionamiento sexual mejoro significativamente la calidad de las relaciones sexuales y la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer
Galway et al., (2012)	B:II	Revisión sistemática sobre las intervenciones psicosociales para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de reciente diagnóstico. Se seleccionaron los ensayos controlados aleatorios de las intervenciones psicosociales que midieron la calidad de vida y la angustia psicológica general	En ocho artículos, la técnica de intervención utilizada fue <i>counselling</i> individual. En cuatro de estos se combinaron técnicas de relajación y psicoeducación. El análisis sugirió que las intervenciones psicosociales ejercen un impacto positivo en la calidad de vida, así como ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer de reciente diagnóstico en comparación con los pacientes que recibieron la atención estándar	Las intervenciones que incluían <i>counselling</i> fueron las que mostraron resultados más prometedores; sin embargo, el alto nivel de variación observado en las intervenciones presenta desafíos en cuanto a la generalización de los resultados

Recuperado de Alvarado, Ascencio y Núñez, 2015, p. 89-90

La evidencia de investigación actual indica que el *counselling* puede ser una intervención efectiva y rentable para abordar desde problemas comunes de salud mental, hasta

desórdenes de la personalidad, uso indebido de sustancias, condiciones de salud a largo plazo, y que puede utilizarse con éxito en varios tipos de clientes; tiene una eficacia comparable a la terapia cognitivo-conductual), y puede tener una mayor eficacia clínica comparada con otras formas de tratamiento, como la farmacoterapia (Hill et al., 2008).

En la tabla 5 se recogen los síntomas más frecuentes en diferentes tipos de cáncer, y cuál ha sido la propuesta de abordaje desde el *counselling*.

A través de su desarrollo como terapia, el *counselling* ha demostrado tener efectos muy positivos en los pacientes en general (Bower et al., 2011; Hill et al., 2008; Rowland et al., 2000), para atender sus necesidades emocionales (Bayés, 2006; Breitbart et al., 2010, 2012, 2015; Grinstead y Straten, 2000; Gysels, Richardson y Higginson, 2004; Newell, Sanson-Fisher y Savolainen, 2002; Porche, Reymond, O'Callaghan y Charles, 2014), previniendo la hipermedicación de los pacientes con psicofármacos (Bower et al., 2011), disminuyendo síntomas ansioso depresivos (Güemes y Ballesteros, 2006), para procesos de duelo (Forrest, Standish y Baum, 1982) y en pacientes oncológicos (Bower et al., 2011; Cape et al., 2010; Hill et al., 2008; Rowland et al., 2000).

El *counselling* ha demostrado ser efectivo para tratar los síntomas depresivos en pacientes con cáncer ginecológico. Es lo que se demuestra en la revisión realizada por Hersch et al. (2009) en la que analizaron 22 estudios con 1926 participantes, y en la que concluyen que fue la intervención más prometedora para abordar las preocupaciones de la calidad de vida relacionadas con la salud para estas mujeres. Grover et al. (2012) aseguran que es una herramienta eficaz para el seguimiento de estas pacientes, ya que suelen presentar efectos tardíos que afectan su bienestar psicológico.

Tabla 5

Síntomas Psicosociales más Frecuentes en Diferentes Tipos de Cáncer Abordados por el Counselling

Tipo de cáncer	Efectos tardíos	Objetivos de tratamiento para el counselling
Cáncer ginecológico	Cambios cognitivos, efectos secundarios sexuales, cambios en los patrones intestinales	Fortalecer las habilidades afectivas y de comunicación
Cáncer de cuello de útero	Disfunción sexual, cambios en la función cognitiva	Modificar las conductas sexuales y la percepción de la imagen corporal
Cáncer de útero	Disfunción sexual, cambios en los patrones de evacuación, cambios en la función cognitiva	Modificar los hábitos de alimentación
Cáncer de ovario	Cambios cognitivos, efectos secundarios gastrointestinales y efectos secundarios sexuales	
Cáncer de pulmón	Ansiedad, depresión, irritabilidad, hostilidad, fatiga y confusión; sentimientos de inseguridad, miedo a morir dolorosamente o asfixiado, miedo a perder el control, enojo, desamparo, desesperanza, culpa, vergüenza, pánico (Akechi et al., 2006)	Controlar la ansiedad Manejar la depresión y la fatiga Mejorar las habilidades de afrontamiento, conservar la calidad de vida Modificar los sentimientos de culpa
Cáncer de testículo	Consecuencias en la integridad psicosexual, imagen corporal, sentido de masculinidad y desempeño y deseo sexual, depresión, ansiedad, anticipación del dolor, sensación de mutilación e ideas de muerte (Kaasa et al., 1991)	Identificar y reconceptualizar el concepto de sí mismo, los planes de futuro, el equilibrio emocional Promover su capacidad para realizar y cumplir con los roles establecidos: familiar y social
Cáncer de próstata	Disfunción sexual, consecuencias en el desempeño y deseo sexual, y en el sentido de masculinidad, depresión, ansiedad	Fortalecer la expresión emocional y el contacto sexual no exigente Identificar y modificar las creencias negativas sobre el cáncer de próstata el envejecimiento y la sexualidad

Recuperado de Alvarado, Ascencio y Núñez, 2015, p. 86

3.3. Estrategias de Afrontamiento

3.3.1. Teorías del Estrés. El concepto del estrés sufre variaciones dependiendo de la disciplina que lo estudie. En la misma psicología de la salud, el estudio del estrés ha sufrido

cambios a lo largo de las numerosas investigaciones, y se ha movido alrededor de tres paradigmas principales: cómo el estrés afecta la salud, la enfermedad como elemento estresante y cómo las personas lidian con la influencia del estrés (Hobfoll, Shwarzen y Chon, 1998).

Incluso en la Real Academia Española (RAE) la definición de estrés se inclina en el sentido de lo que más le preocupa a la psicología de la salud: “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (RAE, 2020).

En las teorías del estrés se identifican tres modelos diferenciados. El primero, es el que basa en la relación estímulo-respuesta, que tiene como principales exponentes a Selye (1956, citado en Selye 1976), quien describió el Síndrome de Adaptación General (GAS, en su sigla inglesa), y a Elliott y Eisdorfer (1982, citado en Hobfoll et al., 1998). Esta corriente identifica lo que es estresante desde un punto de vista normativo, es decir, un evento es estresante en sí mismo o no lo es.

El segundo es el modelo homeostático del estrés, que tiene como principales exponentes a Holmes y Rahe (1967) que desarrollaron la *Social Readjustment Rating Scale*. Esta perspectiva se enfoca en identificar el tipo, origen, estructura y las variables que rodean el evento estresante, asegurando que de esto dependerán todos los subeventos y todas las respuestas subsiguientes emitidas por el sujeto que lo afronta.

La tercera, la más aceptada y usada, es la que concibe el estrés como un proceso, es decir, la relación dinámica y particular entre la persona y el ambiente. Se le denomina teoría transaccional del estrés y fue desarrollada por Lazarus (1966, citado en Carver y Scheier, 1994) y Lazarus y Folkman (1984). Estos autores definieron el estrés psicológico como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno. Evaluado por aquel como amenazante, que

desborda sus recursos ... y pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Piña, 2009, p. 197).

En la teoría transaccional del estrés, el afrontamiento se definiría “como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Piña, 2009, p. 201), y que además son fuente de un malestar significativo (Sandín, Rodero, Santed y García-Campayo, 2006). Más recientemente, Ahadi et al. (2014) sostienen que el estrés sería el proceso cambiante en el que el sujeto pone en marcha estrategias defensivas, resolutivas o evasivas, dependiendo de la interpretación que hace de la situación que afronta y de los recursos de los que dispone.

La controlabilidad o permanencia del estresor afectan el tipo de estrategia implementada para disminuir el estrés (Folkman y Moskowitz, 2004). Para decidir qué estrategia usar, Lazarus (1984) postula que el sujeto hace dos clases de evaluaciones de la situación: una primaria, en la que el individuo determina si es relevante o no para su bienestar, y una secundaria, en la que considera las posibles respuestas y recursos con los que cuenta para hacerle frente (Paris y Omar, 2009). Ambas evaluaciones interactúan entre sí, actualizándose e influyendo en el nivel de estrés de la situación, la cualidad y calidad del estado emocional y las estrategias usadas. Ambos procesos se dan simultáneamente y son interdependientes. El nivel de estrés sería el resultado del cálculo interno que realiza el individuo acerca de si dispone o no de los recursos necesarios para hacer frente al evento, produciendo una respuesta que responde a condiciones tanto internas como externas, y que genera una dinámica cambiante como resultado de las influencias recíprocas entre el individuo y el contexto.

En la evaluación primaria los sujetos pueden valorar una situación como daño, amenaza o desafío, sin ser excluyentes entre sí. Cuando se valora el evento como un desafío, el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Cuando la situación es valorada como amenaza o daño, el sujeto considera que no posee recursos suficientes, genera respuestas ansiosas y se centra en paliar la respuesta emocional que le desborda. La persona se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. La capacidad de evaluación se deteriora y aparece la regresión a patrones primitivos y menos elaborados de conducta (Lazarus, 1999).

En la evaluación secundaria, el sujeto evalúa las opciones con las que cuenta y están disponibles para él, sopesa sus costos y la probabilidad de éxito asociada a cada una de ellas. Examina la probabilidad subjetiva de que una determinada respuesta lleve al resultado deseado. Folkman (1997) asegura que cuando la situación es grave y prolongada, las personas tienden a utilizar el estilo centrado en el significado, buscando generar emociones positivas para alcanzar un nivel mínimo de bienestar. En este proceso de adaptación a la situación, la esperanza juega un papel importante porque reduce la incertidumbre (Sandín, 2003).

Las funciones del afrontamiento son dos. Por un lado, busca regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Por el otro, busca cambiar la relación persona-ambiente. Esto último puede estar enfocado específicamente a combatir el foco del problema (definirlo, sopesarlo, buscar información, tomar decisiones, etc.), sobre el propio sujeto (adquisición de destrezas, ajuste de expectativas, flexibilización de conceptos, etc.), o sobre el ambiente (eliminación, confrontación, intervención, etc.) (Pearlin, 1989).

Según Lazarus y Folkman (1984, citados en Folkman y Greer, 2000), cada persona tiene una manera idiosincrática de afrontar el estrés y son muchos los factores que pueden

llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales religiosas o no, las creencias generales relativas al control que se puedan ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos, el aspecto motivacional, las capacidades para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales con los que se cuente, etc.

Según autores como Acosta, Chaparro y Rey (2008), el afrontamiento está relacionado directamente con la clase de emoción que experimenta el sujeto, con valores, metas y creencias con las que está comprometido. Rowland (1989, citado en Rodríguez, 2006) asegura que la respuesta a la adversidad será condicionada además de las características propias de la situación estresante, las características individuales como la edad, la fase vital en la que se encuentre, los factores de personalidad y, las atribuciones que se le dé culturalmente al evento que afronte. Igualmente, aunque parece que la correlación entre estrategias de afrontamiento y características de personalidad es débil (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Singer, 1984), aunque se han identificado algunas características que pueden predisponer las respuestas que ofrece el sujeto ante el estrés (Carver et al., 1989) optimismo/pesimismo, autoestima, resistencia/resiliencia, personalidad tipo A, ansiedad-rasgo.

En la relación persona-ambiente, la evaluación cognitiva que realiza el sujeto está condicionada por las características de estos dos componentes. Por un lado, los factores situacionales y sus circunstancias, y por el otro las características propias de quien se enfrenta al evento. Aunque hay eventos considerados universalmente estresantes o no, siempre cabe el subanálisis de las condiciones particulares (personalidad, beneficios secundarios, fase vital, experiencias previas, estado psíquico previo, etc.) y condiciones generales del evento

(inminencia, duración, incertidumbre, intensidad, etc.). Por ello, Carver et al. (1989) aseguraron que el carácter beneficioso de las respuestas de afrontamiento no puede ser generalizado, ya que la combinación de los condicionantes individuales y situacionales pueden variar el resultado.

Incluso, esta condición variable podría aplicarse al mismo individuo en diferentes frentes y momentos de su vida. Un estilo de afrontamiento habitual de un sujeto podría ser beneficioso en un aspecto de su vida y nefasto en otro. Carver et al. (1989) aseguran que estos estilos habituales quitarían libertad y flexibilidad al sujeto en su labor de ajuste a las exigencias vitales; pero, por otro lado, el cambio en el estilo y el nuevo ajuste podrían ser más costoso y generadores de un nivel mayor de malestar para el individuo (Singer, 1984). Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento:

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otro tipo de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto, y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. (Fernández-Abascal, 1997, p.190)

Finalmente, los recursos serían las herramientas mediante las cuales son posibles poner en marcha esas estrategias. Los recursos reflejan una dimensión latente del afrontamiento, son el potencial para la acción, varían en calidad y cantidad dependiendo del individuo (lugar de control, percepción de control, autoeficacia, autoestima, espiritualidad, optimismo, etc.) y de su entorno social (redes sociales, institucionales, comunitarias, etc.), y son activados cuando aparece el estresor (Pearlin y Schooler, 1978).

3.3.2. Las Estrategias de Afrontamiento

3.3.2.1. Concepto de Estrategias de Afrontamiento. Lazarus (1984) distingue dos tipos o funciones principales de afrontamiento que generalmente coexisten. El primer tipo busca el manejo o alteración del suceso que causa el malestar, está dirigido a la definición del problema y a su resolución a través de la búsqueda de soluciones alternativas. Se utiliza con más frecuencia cuando el sujeto evalúa las condiciones del evento como susceptibles de ser modificadas. Se considera que consiste en acciones directas y se denominan estrategias dirigidas al problema. El segundo tipo es el que busca la regulación de la respuesta emocional que el evento genera; consiste en un afrontamiento paliativo orientado a disminuir el grado del trastorno emocional, modificando la percepción de la situación, atenuando la percepción de la amenaza y su coste emocional; se suele usar con mayor frecuencia cuando el sujeto evalúa que la situación no es susceptible de ser modificada. Se considera que consiste en acciones indirectas y se denominan estrategias dirigidas a la emoción (Carver et al., 1989; Paris y Omar, 2009).

Folkman y Moskowitz, (2004) afirmaron que la distinción entre ambos tipos de estrategias fue un buen punto de partida, pero que actualmente ya no es suficiente y es necesario hacer un replanteamiento del modelo. Se ha concluido que hay un grado importante de solapamiento entre las dos categorías (Paris y Omar, 2009).

3.3.2.2. Tipos de Estrategias de Afrontamiento. Lazarus y Folkman (1984, citados en Folkman y Greer, 2000) inicialmente propusieron ocho estrategias de afrontamiento. Las dos primeras estrategias están centradas en el problema, ya que su naturaleza se orienta a la modificación de este, reduciendo el nivel de estrés que genera; las cuatro estrategias siguientes están centradas en la emoción. Las dos estrategias restantes serían la estrategia de

búsqueda de apoyo social, que sería combinada, ya que busca tanto la regulación emocional como la modificación de la situación estresante, y finalmente, la estrategia de no afrontamiento huida o escape. Estos autores las definen de la siguiente forma:

1. Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Esfuerzos orientados a la modificación de la situación, a cambiarla de un modo que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste, un refuerzo del papel del sujeto en su entorno, tanto social como personal, facilitando una valoración en el sentido de eficacia ante futuros retos, y a claros sentimientos de gozo y alegría. Son dos las estrategias de este tipo:

1.a. Confrontación: se refiere a los esfuerzos que realiza un sujeto para alterar la situación estresante. Está caracterizada por cierto grado de hostilidad y de riesgo para él.

1.b. Planificación: se refiere a los intentos de buscar alternativas para solucionar la situación estresante.

2. Afrontamiento dirigido a la emoción. En este caso el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ninguno. Con este tipo de afrontamiento se busca regular el nivel de malestar emocional que experimenta. Son cuatro las estrategias de este tipo:

2.a. Aceptación de la responsabilidad. Se refiere al ejercicio que realiza el sujeto de reconocer su papel en el origen y/o mantenimiento del problema. Surge del locus de control interno.

2.b. Distanciamiento. son los esfuerzos que logra llevar a cabo el sujeto para tomar distancia y perspectiva de la situación problemática, evitando ser invadido y arrastrado.

2.c. Autocontrol. Se refiere a los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

2.d. Reevaluación positiva. Se refiere al ejercicio que hace el sujeto de intentar poner el foco de análisis en los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

3. Estrategia combinada (Búsqueda de apoyo social). Se refiere a la búsqueda de recursos que el sujeto realiza en su red de apoyo social, íntima o comunitaria. En ellos el sujeto busca consejo, asesoría especializada, asistencia pública, apoyo moral y/o información.

4. Estrategia de no afrontamiento (escape o evitación). Se refiere a aquellas conductas que tienen como objetivo aplazar el afrontamiento del problema o a negarlo. Suelen ser acciones que nublan el nivel de conciencia, utilizando para ello actividades placenteras como tomar drogas, tabaquismo, comer en exceso, dormir más de lo habitual o tomar psicofármacos. También pueden consistir en acciones cognitivas como las ensoñaciones y evasiones de la realidad. Buscan un alejamiento o un manejo a nivel no real, ilusorio, a veces manipulativo, de negación, o también, transferir a otros la responsabilidad de lo ocurrido, o la atribución de intenciones. Es, en definitiva, un intento de manejo no funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto.

El modelo original de Lazarus y Folkman no considera que las distintas estrategias son buenas o malas en sí mismas, sino que su efectividad depende de la capacidad adaptativa que provean en la situación concreta que genera estrés (Folkman y Moskowitz, 2004; Sandín, 2003). El afrontamiento es efectivo cuando alivia el problema y reduce la angustia emocional, el afrontamiento pasivo ineficaz exacerba e intensifica el problema (Folkman, 1984). Es decir, que el criterio de eficacia depende del grado de solución objetiva del problema, de la percepción subjetiva de dicha solución, del grado de prevención de ulteriores complicaciones,

del nivel de funcionamiento social a corto y largo plazo, y del efecto sobre la salud del sujeto (Abbott, Hart, Morton, Gee y Conway, 2008; Contreras et al. 2007). Rowland (1989, citado en Rodríguez Fernández, 2006) pone el énfasis de esta eficacia en la consecución o no de las metas personales; Bayés (2006), de las consecuencias positivas o negativas que tengan después; Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004) dicen que las estrategias son efectivas si refuerzan la autoestima, mejoran el rendimiento y ajuste social, permiten el conocimiento de la realidad (o función de aprendizaje) y dan sentido a la experiencia; y para Taylor (1983), dicha eficacia tendría que ver con buscarle un sentido a la experiencia.

Algunos autores aseguran que las estrategias dirigidas al problema son las únicas efectivas, mientras que las demás (desconexión mental y conductual, negación, centrarse en las emociones y desahogarse) son neuróticas y no adaptativas (Austenfeld y Stanton, 2004; Carver et al., 1993, 2000; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke, 1992; Osowiecki y Compas, 1999; Skinner, 1996; Penley, Tomaka y Wiebe, 2002). Los estudios muestran que las estrategias orientadas al problema correlacionan con menores índices de psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Cruz et al., 2010; Penley et al., 2002).

Aldao et al. (2010) hallaron en la revisión de varios estudios que, una de las estrategias que estaba relacionada con menores niveles de psicopatología era la de reevaluación positiva. Es decir, que el uso de estrategias dirigidas a la emoción puede también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles ni reversibles. En estos casos, mantener únicamente los esfuerzos enfocados al problema, generaría sentimientos de frustración e impotencia (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2007, citados en Acosta et al., 2008).

Por su parte, la estrategia de búsqueda de apoyo social ha de ser considerada como una estrategia mixta de afrontamiento del estrés, puesto que el individuo puede recurrir a su red social con distintos objetivos, encontrar en ella apoyo afectivo, apoyo informativo o apoyo instrumental (González, González y Feire, 2009). Puede ser considerada como un fondo (Thoits, 1995) del que la gente puede disponer cuando necesita hacer frente a los estresores. Hace también referencia a las acciones llevadas a cabo por otras personas a favor de un individuo (familia, amigos, compañeros, vecinos, etc.). Las investigaciones coinciden con que esta estrategia está relacionada con menores niveles de malestar emocional (Aneshensel, 1992; Barra et al., 2006; Barra-Almagia, 2009; Carver et al., 1993; Fischer y Wedel, 2012; García y Lucio, 2016; Karabulutlu et al., 2010; Matsushita et al 2007; Morris y Shakespierre-Finch, 2011; Moyer y Salovey, 1996; Newport y Nemeroff, 1998; Pérez et al., 2010; Schroevers, Helgeson, Sanderman y Ranchor, 2010; Tedeschi y Calhoun, 2004; Woodgate, 2006; Zabalegui et al., 2005). Contar con un apoyo social satisfactorio hace que los pacientes se sientan menos vulnerables o pesimistas (Stark et al., 2002), menos propensos a caer en desesperación o culpabilidad (Verdesoto, Duenas, Aguirre, Piza y Vaca, 2018).

Incluso aquellos pacientes que carecen de una red social protectora pueden tejer una espontáneamente con personas que estén dispuestas a escuchar y a apoyarles en ese momento, lo que Woodgate (2006) denomina personas que tienen la capacidad de “**estar ahí**”. Se ha demostrado que, contar con este o cualquier tipo de red, actúa como protección para el sujeto, y evita un mayor nivel de malestar y el desarrollo de patologías, entre ellas el TEPT (Bradley, Schwartz y Kaslow, 2005; Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Fischer y Wedel, 2012; Newport y Nemeroff, 1998; Ozbay et al., 2007; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Pine, Cohen, Johnson y Brook 2002; Thoits, 1995).

3.3.2.3. Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Oncológicos. El elevado nivel de estrés que implica el diagnóstico de cáncer puede movilizar estrategias de afrontamiento primitivas, rígidas, egocéntricas y poco realistas (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Piña, 2009). Independientemente de los recursos de cada individuo, el diagnóstico de una enfermedad crónica, como es el cáncer, resulta una experiencia traumática y desestabilizadora (García y Lucio, 2016), es decir que “el aumento del estrés se produce en un momento en el que puede haber una necesidad urgente de recursos emocionales y físicos para sobrellevar la enfermedad” (Carlson, Labelle, Garland, Hutchins y Birnie, K., 2011, p. 640).

Lipowsky define el afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Para él, la “recuperación” son los esfuerzos dirigidos al problema (enfermedad), y la “compensación” (malestar emocional) se buscaría mediante las estrategias dirigidas a la emoción (Lipowsky, 1970, citado en Alonso y Bastos, 2011).

El tipo de afrontamiento al cáncer será diferente para cada persona y estará condicionado por la idiosincrasia de cada individuo (Campos-Ríos, 2013). Dependerá, entre otros aspectos, de las atribuciones o las valoraciones que el paciente haga de la enfermedad, el grado de amenaza que perciba, sus rasgos de personalidad, las experiencias previas con el cáncer, los aspectos culturales, las connotaciones y el significado que se le confiera al proceso oncológico (Bayés, 1991; Ferrero, 1993), las creencias, la sensación de controlabilidad, el sentimiento de vulnerabilidad, el manejo de la culpa y los estigmas (Romero, 2011). El conocimiento por parte de los equipos de salud de las estrategias usadas por los pacientes, les

proporcionará una información muy valiosa para ajustar las intervenciones (Sheila y Payne, 1990, citados en Karabulutlu et al., 2010).

El proceso de adaptación es dinámico y va cambiando en función al tipo de cáncer, la fase vital y la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente (Costanzo, Levine, Fitzpatrick, Dold y Targ, 2006; Ferrero, 1993; Gustafsson, Edwarsson y Ahlström, 2006). Por la duración del proceso de la enfermedad, Silberfarb (1982) habla de adaptación más que de afrontamiento, ya que este estaría centrado en los aspectos más estresantes de la enfermedad o en los momentos más críticos de la misma. Moorey y Greer (1989, citados en Rodríguez, 2006) las diferencian según sus consecuencias emocionales. Estos autores aseguran que aquellas estrategias más adaptativas serían las que promueven una percepción de la enfermedad como un reto o como un valor, y aquellas menos adaptativas son las que perciben la enfermedad como una pérdida o daño irreparable. Hamburg y Adams (1967, citados en Almanza-Muñoz y Holland, 2000) afirmaron que las adaptativas son aquellas que mantienen el malestar psíquico dentro de límites manejables, las que fortalecen las relaciones satisfactorias con personas significativas y que llevan a la persona a realizar acciones para recuperar su salud física.

En su modelo de evaluación y afrontamiento de enfermedades crónicas, Folkman y Greer (2000) aseguraron que los sujetos construyen a lo largo de su vida un “*significado global*” a partir de sus creencias, valores, metas y autoimagen. A los sucesos vitales de alta intensidad, como puede ser el cáncer, se le otorga un “*significado situacional*”, que afecta y transforma el significado global construido. Holland (2002), a su vez, ajusta este modelo, sugiriendo que la persona, mediante el proceso de afrontamiento, busca conciliar ambos significados y así recuperar un nuevo equilibrio que permita un afrontamiento eficaz y continuado, tal y como se puede ver en la figura 4.

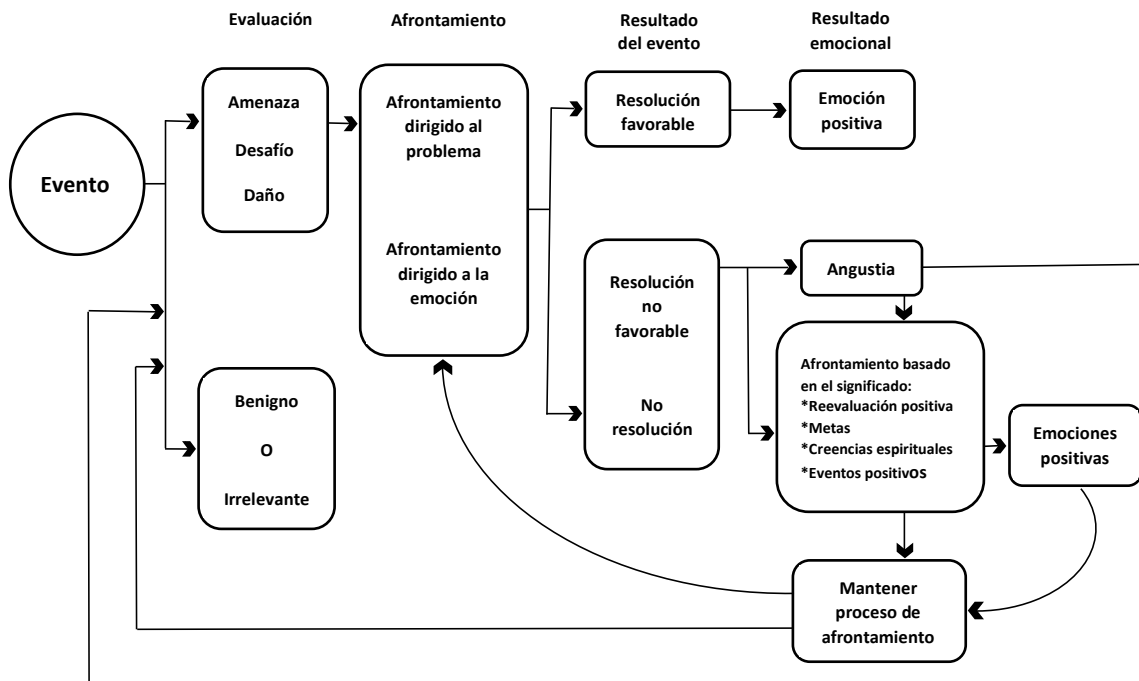


Figura 4. Modelo de evaluación y afrontamiento de Folkman y Greer, 2000 modificado por Holland (2002, p.215). Traducción propia.

Para Bayés (1991) las estrategias más frecuentemente utilizadas por los pacientes oncológicos serían:

Buscar información sobre la enfermedad y tratamientos. Ayuda a combatir la incertidumbre.

Buscar apoyo y confortación. Ayuda a combatir sentimientos negativos y aumentar la sensación de control sobre la situación.

Atribución. Consiste atribuir causas concretas a lo que sucede. Sirve para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control.

Acción impulsiva. Se expresa por medio de ira, desconsuelo u otras expresiones emocionales de sufrimiento.

Evitar confrontaciones. Consiste en una actitud pasiva y distante ante lo que sucede, evitando reflexionar sobre ello a implicarse en los problemas que plantea. Sirve para evitar sentimientos negativos y proteger la autoestima.

Afrontamiento activo. Supone una actitud activa de búsqueda de soluciones a los problemas desde una perspectiva racional. También contribuye a mantener la sensación de que la situación está bajo control.

Dentro de los modelos teóricos de afrontamiento al cáncer, encontramos algunos que engloban las propuestas del modelo transaccional del estrés y aportan matices adicionales y propuestas acerca de cómo identificar el carácter adaptativo del afrontamiento. Con la intención de compendiar las aportaciones y basándonos en estudios anteriores, se ha elaborado como resumen la tabla 6.

Tabla 6

Modelos Teóricos de Afrontamiento al Cáncer

Autor/fecha	Modelo de afrontamiento	Matices y aportaciones adicionales	Claves adaptativas
Lipowski 1969, 1970	Reto, amenaza, castigo (justo o injusto), debilidad (fallo personal), liberación (de obligaciones y responsabilidades) y estrategia (beneficios secundarios manipuladores), pérdida o daño irreparable, valor (desarrollo personal).	Significado subjetivo de la enfermedad	La enfermedad como reto y como valor
Weisman 1979	Reconocimiento del problema, todo lo que se hace o no se hace con el problema y las consecuencias inmediatas que no siempre tienen relación con la situación a largo plazo. El afrontamiento como un proceso y no como un conjunto de acciones aisladas. Averiguación racional, mutualidad (compartir	El afrontamiento se diferencia de la defensa, ya que esta última tiene la función de suprimir la disforia y desviar la atención.	Mantener la esperanza sin autoengaño, evitar la evitación, enfrentar la realidad y llevar a cabo acciones adecuadas, atender a las soluciones o redefinir el problema en términos solucionables,

	información y buscar consuelo en otros), inversión del afecto (tomárselo a risa), supresión (tratar de olvidarlo o quitárselo de la cabeza), desplazamiento (distracción), confrontación, redefinición, fatalismo, hacer algo perjudicial (impulsividad y autodestrucción), revisar alternativas y examinar las consecuencias, retirada, obediencia cooperativa (hacer lo que esperan los demás), proyección (culpar a otros o a algo), autoinculpación o expiación (masoquismo moral).		considerar siempre alternativas, mantener la comunicación abierta con las personas cercanas, buscar la ayuda constructiva, incluidos los tratamientos médicos, aceptar el apoyo siendo asertivo, mantener alta la moral mediante la confianza en sí mismo y en los recursos disponibles, mantener un autoconcepto positivo.
Ray, Lindop y Gibson 1982	Esquemas de orientación o disposición general del individuo hacia la situación. "Temas" de afrontamiento: Rechazo y rebeldía (amenaza/control), control y reto (vigilancia/manipulación), resignación (cese/aceptación), minimización (racionalización/negación), evitación (selectivo/general), dependencia (confianza/sumisión).	Evaluación secundaria está comprendida en la primaria. Toda evaluación cognitiva de situaciones nuevas es afrontamiento y reevaluación. El afrontamiento varía de "tema" o aborda más de uno a la vez.	Resistencia, vigilancia, aceptación, racionalización, selectividad en la percepción de amenaza, confianza.
Lazarus y Folkman 1966, 1984	Teoría transaccional del estrés. Las respuestas dependen de la evaluación cognitiva: evaluación primaria, secundaria y reevaluación	División y conceptualización de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y a la emoción.	Las evaluaciones interactúan entre sí, influyendo sobre el nivel de estrés, el estado emocional y las estrategias usadas.
Taylor 1983, 1984	Búsqueda de significado (búsqueda de atribuciones causales, dar un sentido a la nueva situación y a la propia vida), intento de recuperar el sentido de control sobre el evento y la propia vida, restaurar la autoestima. El control percibido puede no corresponder al control real, las creencias modulan la sensación de control, la reevaluación positiva favorece la adaptación, la comparación (personas en similares o peores	Aspectos positivos de la victimización. Habilidades para formar y mantener ilusiones y creencias (que pueden ser irreales) que le permiten mantener sensación de control, autoestima y esperanza.	Cumplir los tres procesos de afrontamiento sin importar el contenido de la atribución, creencias o actividades.

	circunstancias) mantiene la autoestima		
Moos y Schaefer 1984	La enfermedad física como una crisis vital. La evaluación cognitiva o elaboración del significado subjetivo determina la adaptación. Habilidades de afrontamiento: dirigidas a la evaluación, al problema y a la emoción.	Factores que influyen la elección de estrategias de afrontamiento: personales y demográficos, relativos a la enfermedad y propios del ambiente físico y social.	Manejar el dolor, la incapacitación y otros síntomas; manejar el ambiente hospitalario y los tratamientos; desarrollar y mantener una relación adecuada con el personal sanitario; preservar un equilibrio emocional razonable; preservar una autoimagen satisfactoria, manteniendo el sentido de competencia y dominio; mantener relaciones normales con familia y amigos; prepararse adecuadamente para un futuro incierto.
Timko y Janoff-Bulman 1985	Procesos de atribución causal para reestablecer la “ilusión de la invulnerabilidad”. Las creencias influyen sobre la eficacia de los tratamientos y sobre la sensación de controlabilidad.	La experiencia del cáncer como ruptura de la “ilusión de invulnerabilidad”	Mantenimiento de la “ilusión de invulnerabilidad” supone un mayor ajuste psicológico
Moorey y Greer 1989	Significado personal del cáncer en el proceso de adaptación. El cáncer como una ruptura del sentido de invulnerabilidad. Elaboración de un “esquema de supervivencia” que evalúa: visión del diagnóstico, control percibido y visión del pronóstico. Este esquema selecciona y filtra la información inconsistente con el estilo de ajuste del sujeto.	La negación no es una estrategia de afrontamiento, sino una opción de evaluación primaria “irrelevante en términos de bienestar”. Estilos de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo y desesperanza y preocupación ansiosa.	Manejo de la amenaza principal de la recaída y la muerte; y de las amenazas secundarias de la sintomatología, efectos secundarios y cambio de roles. Todas afectan los valores y creencias previas, integrándose en el esquema del <i>self</i> , afectando su funcionamiento.
Termoshok 1987	Personalidad tipo “C”: dificultad para expresar emociones y tendencia a tener sentimientos de impotencia y desesperanza (estoicismo,	La personalidad tipo “C” predispone a sufrir un cáncer o de que tenga una progresión más rápida.	Tienen mal pronóstico debido a su tendencia a sacrificar sus propias necesidades para satisfacer a los

	afabilidad, perfeccionistas, convencionales, mecanismos de defensa rígidos y represión de la agresividad. Frágil y precaria adaptación al mundo. Sus recursos se ven desbordados y su estado físico y psíquico empeora.		demás, suprimir emociones negativas, poca asertividad, apaciguador y adaptable a cualquier circunstancia.
Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson, 1988	Acoge la propuesta de Moorey y Greer de los cinco estilos de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo y desesperanza y preocupación ansiosa.	Diseño de la escala de ajuste mental/psicológico al cáncer.	Identificación por parte de los equipos de salud para intervenciones más efectivas.
Morse y Johnson 1991	Cuatro fases de evolución de la enfermedad: incertidumbre, ruptura, lucha por recuperación y bienestar	Fases en las que transcurre el esfuerzo adaptativo del paciente.	El cumplimiento de todas las fases favorece/completa el ajuste.
Kübler-Ross 1993	Cinco reacciones prototípicas que pueden más o menos sucederse secuencialmente: negación, rabia, negociación, interiorización y aceptación.	Secuencia en las que se mueve y transcurren el paciente que se enfrenta a la enfermedad.	La consecución de las fases favorece una actitud activa y amplía la comprensión global de la experiencia.
Folkman y Greer, 2000	El afrontamiento tiene consecuencias sobre tres áreas: funcionamiento social, ajuste psicológico y salud física.	Las valoraciones incluyen la evaluación del significado personal del cáncer.	Mantener el funcionamiento en las tres áreas ayuda a mantener calidad de vida.
Holland 2002	El sujeto desarrolla un significado global de la situación influido por creencias, valores, metas y autoimagen.	Incorpora al modelo la dimensión funcional o dinámica, y un componente de emocionalidad.	Por medio de revaloraciones busca estrategias para alcanzar un nuevo equilibrio: reapreciación positiva, replanteamiento de metas, creencias espirituales y eventos positivos.

Elaboración propia, basado en Ferrero (1993), Massone (2014) y Bueno (2015)

La adecuación de las estrategias de afrontamiento está relacionada con la calidad de vida (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986; Gol y Cook, 2004). Lipowsky (1970, citado en Alonso y Bastos, 2011) señala que el paciente oncológico pone en marcha toda actividad cognitiva y motora para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible

cualquier deterioro irreversible. Campos et al. (2004) analizaron los resultados de 13 estudios buscando la relación de afrontamiento con indicadores de salud y adaptación. Encontraron que la evitación cognitiva y conductual, el aislamiento social, la aceptación resignada asociada a sentimientos de culpa y desesperanza, la confrontación, la descarga emocional y la autocrítica se relacionan moderadamente con una peor regulación afectiva, mayor afectividad negativa, menor afectividad positiva e indicadores de ansiedad y depresión.

Moorey y Greer (1989, citados en Rodríguez, 2006) propusieron una agrupación en cinco tipos de estrategias de afrontamiento que pueden adoptar los pacientes oncológicos: espíritu de lucha, negación, fatalismo o aceptación estoica, indefensión o desesperanza y preocupación ansiosa. Estos investigadores aseguraban que las estrategias de afrontamiento determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el nivel de adaptación del sujeto. Identificaron que, si el cáncer es tomado como un desafío, como un reto personal que uno debe superar o vencer, el paciente verá la enfermedad bajo su control personal, por lo que el espíritu de lucha aparece como la estrategia más probable, e indica un mejor pronóstico de adaptación psicosocial y un mayor tiempo de supervivencia (Greer, Morris y Pettingale, 1990; Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, 1985). Si por el contrario es vista como una amenaza, puede inclinarse por la negación de la realidad, resignarse a su suerte, con fatalismo, o desarrolla ansiedad y preocupación. Finalmente, si aparece la percepción de pérdida de algo que nunca se volverá a recuperar (estado de bienestar), se produce desesperanza y desamparo (indefensión), y se asume una actitud negativa hacia el pronóstico de la enfermedad.

En el daño o pérdida, el sujeto no ve la posibilidad de cambio de la situación; en la amenaza se prevén daños o pérdidas, aunque no hayan ocurrido y se pueda tratar de

solucionarlo o afrontarlo de manera anticipada (Gaviria et al., 2007). Se considera que este tipo de evaluaciones pueden desbordar los recursos del sujeto, aumentar la vulnerabilidad al estrés y poner en riesgo su bienestar (Núñez, 2012). Por su parte, identificar la enfermedad como un desafío, permite revisar la situación anticipadamente como en la amenaza, pero permite la valoración de fuerzas, habilidades para poder afrontarla con éxito y obtener ganancias (Gaviria et al., 2007). Hernández (2006, citado en García Viniegras y González, 2007) asegura que aquellas pacientes oncológicas que, aunque ven un riesgo inicial en la enfermedad consideran que disponen de los recursos necesarios para afrontarla como un desafío, presentan un mayor nivel de bienestar. Tal vez es por ello, que a pesar de que en un primer momento su bienestar es desfavorable, luego logran tener un ajuste más adecuado (Frost et al., 2000).

Los pacientes que utilizan estrategias más eficaces muestran mayor variedad de respuestas, tienden a clarificar y redefinir los problemas y suelen adoptar una postura más activa ante la enfermedad (Akechi, Okamura, Yamawaki y Uchitomi, 1998; Castellano-Tejedor et al., 2015). Entre los estudios realizados, se encuentran autores que aseguran que el afrontamiento orientado al problema resulta más favorable (Brennan, 2001; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Önder, 2012; Rajandram, Jenewein, McGrath y Zwahlen, 2011; Van't Spijker et al., 1997; Voogt et al., 2005) y se asocia a menor malestar psicológico (Osowiecki y Compas, 1998). Pero también, otros autores han encontrado beneficios en el uso de estrategias dirigidas a la emoción, como el distanciamiento (Dunkel-Shetter et al., 1992), la aceptación y la resignificación positiva (Acosta et al., 2008; Holland et al., 1999; Stanton et al., 2002; Schroevers, Kraaij y Garnefski, 2011; Rajandram et al., 2011; Zoellner y Maerker, 2006).

Cassaretto et al. (2007, citados en Acosta et al., 2008) aseguran que los pacientes con enfermedades crónicas que usan estrategias enfocadas a la emoción están respondiendo a la

percepción de menores niveles de control sobre la situación. Dicho afrontamiento llevaría a que la persona despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos, de tal forma que este estilo mantendría la esperanza y sostendría la autoestima.

En la literatura asociada a la psicooncología el termino negación se refiere a la necesidad de distanciarse, evitar o suprimir emociones (Moyer y Levine, 1998). Su uso se activa cuando el sujeto está desbordado emocionalmente y no se siente capaz de gestionar la situación de manera alguna, no es capaz de entender, resolver o asimilar todo lo que está experimentando. Existen evidencias que aseguran que cumple una función de atenuación de la gravedad (Moyer y Levine, 1998; Watson et al., 1984) y ayuda a mantener la funcionalidad (Phipps, Steele, Hall y Leig, 2001). Rowland (1989, citado en Rodríguez, 2006) alerta sobre la relatividad de esta estrategia y nos invita a analizar las condiciones particulares de cada situación. Por ejemplo, en la etapa inicial del diagnóstico, una actitud de negación puede ser adaptativa y dejar de serlo luego, si vemos que interfiere con el tratamiento. Para Fischer (1994, citado en Vanistendael y Lecomte, 2006), la negación constituye el primer paso del proceso de adaptación. Aplazando la acción, ordena y hace acopio de sus recursos psicosociales disponibles antes de afrontar activamente la situación (Macías et al., 2013).

Pero son muchos más las investigaciones que apuntan a que esta estrategia está relacionada con mayores niveles de malestar psíquico y mayor propensión a desarrollar trastornos ansioso-depresivos (Aldao et al., 2010; Arraras, Wright, Jusue, Tejedor y Calvo, 2002; Cardenal et al., 2012; Carver et al., 1993; Dunkel-Shetter et al., 1992; Feifel, Strack y Nagy, 1987; Ferrero et al., 1995; Gangstad, Norman y Barton, 2009; Holahan, Moos, Holahan, Brennen y Schutte, 2005; Holland et al., 1999; Schroevers et al., 2011; Schnoll et al., 2002; Voogt et al., 2005), bajos niveles de bienestar y menor apoyo social percibido (Arraras et al.,

2002; Carrobles, et al., 2003; DeGenova, Patton, Jurich y MacDermid, 1994; De Leeuw et al., 2000; McCaul, Sandgren y King, 1999; Mulder, Vroome, Van Griensven, Antoni y Sandford, 1999; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Wahl, Hanestad, Wiklund y Poum, 1999; Welch y Austin, 2001).

Donde sí parece haber más consenso, es en que la estrategia combinada de búsqueda de apoyo social se asocia a menor malestar psicológico (Campos et al., 2004; Dunkel-Setter et al., 1992; Rajandram et al., 2011; Schnoll et al., 2002). Además, desde el punto de vista del seguimiento del tratamiento, los pacientes que usan esta estrategia presentan mayor adherencia (Arraras et al., 2002; Derks, Leeuw, Hordijk y Winnubst, 2005; Grande et al., 2006; Hassanein, Musgrove y Bradbury, 2005; Matsushita et al., 2007; McCaul et al., 1999; Reuter et al., 2006; Zabalegui et al., 2005).

También parece que el carácter benéfico de la reevaluación positiva está claro, esta estrategia permite dar sentido a procesos de enfermedad crónica (Aldwin y Revenson, 1987; Carrobles et al., 2003; Gunzerath, et al., 2001; Khechane y Mwaba, 2004; Kohn, Hay y Legere, 1994; Lindqvist y Sjöden, 1998; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last y Derkx, 2004; Wahl, et al., 1999). Reynolds, Mrug y Guion (2013) incluyen la búsqueda espiritual en esta estrategia de ajuste.

3.4. La Resiliencia

Entre los factores protectores que ayudan a salvaguardar la salud mental de los individuos se encuentra la resiliencia. Este término, que significa rebotar o saltar, viene del vocablo *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, rescindir o anular (Becoña, 2006; Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007). Es utilizado en la física para denotar la capacidad de los materiales para resistir la presión, y ha sido adaptado en las ciencias sociales para señalar la

capacidad de las personas para alcanzar el éxito a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo (Rutter, 1993; Bowlby, 1992, citado en Manciaux y Vanistendael et al., 2003) y poder seguir proyectándose en el futuro a pesar de condiciones de vida adversas (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

La definición de la resiliencia varía de acuerdo con la disciplina científica y en el contexto en que se la utiliza (social, ecológico, gestión de riesgos, etc.) (Atehortúa, 2002; Kotliarenco et al., 1997; Rebotier, López y Pigeon, 2013; Villalba, 2003). Como ejemplo, la definición en algunas disciplinas:

- a. Física/ingeniería: capacidad de los materiales de volver a su estado anterior después de ser sometidos a presión o impacto (Mendanha, Mahfoud y Giarnordoli, 2011).
- b. Osteología: indican la buena dirección de la recomposición de los huesos después de una fractura (Ortega y Mijares, 2018).
- c. Ecología: capacidad de un sistema para volver a su estructura original después de una perturbación (Rebotier et al., 2013).

La incorporación del término resiliencia en la psicología, ha sido el resultado de investigar la etiología y el desarrollo de psicopatologías en grupos de niños considerados en riesgo, como en los estudios de Werner, Rutter, Anthony y Garnezy. Estos primeros investigadores encontraron que algunos de esos niños, a pesar de vivir en circunstancias adversas, lograban superarlas con resultados sorprendentemente positivos. Por ello, inicialmente se manejaban términos como “niños invulnerables” o “personalidades resistentes al daño”. El trascurso de las investigaciones ha ido transformando la concepción inicial desde

la idea de un don innato e invencible, a uno más dinámico, ecosistémico e integrador entre el individuo, su historia y su entorno.

La exploración histórica del constructo social del concepto de la resiliencia dentro de las ciencias sociales muestra cómo, en vez de inventarlo, este ha sido redescubierto. Inicialmente, se atribuía la resiliencia al individuo en sí, más que a las relaciones que este establece con la multiplicidad de eventos y factores que experimenta en su vida (Carazo, 2018). Hay autores que aseguran que la resiliencia corresponde a un proceso neuroevolutivo de base (López, 2005, citado en Carazo, 2018), ya que organismo y entorno coevolucionan constantemente y durante toda la vida del sujeto (Carazo y López, 2009). Es decir que, lejos de lo que se pensaba inicialmente, la resiliencia no es una característica que puede o no tener un individuo, sino que es producto de la interacción de este con el entorno. Como indican Melillo, Soriano, Méndez y Pinto: “la resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades” (2004, citados en Sorza, 2010, p. 19).

3.4.1. El Concepto de Resiliencia y su Evolución Histórica. Según Rutter (1990, citado en Kotliarenco et al., 1997) el interés por estudiar el concepto de la resiliencia viene de tres focos de investigación: a) datos empíricos de las diferencias individuales que se observan en poblaciones de riesgo, como los de Garnezy y Rocnick (1959, citados en García-Maroto, López y Latorre, 2015); b) estudios sobre temperamento (Thomas, Birch, Chess, Hertzling y Korn, 1963, citados en Kotliarenco et al., 1997); c) estudiar las diferencias en el afrontamiento de eventos vitales como las experiencias claves y los momentos de transición (Meyer, 1957, citado en Kotliarenco et al., 1997). Luego, vendrían investigaciones como las de Kobasa y Maddi (1972, citados en De la Vega, Rivera y Ruiz, 2011) con personas que, a pesar de

atravesar largos períodos de vivencias negativas, conseguían reponerse. Estos autores introdujeron el concepto de *hardiness*, que fue traducido como dureza o resistencia.

Sin embargo, nunca se insistirá lo suficiente (Manciaux y Vanistendael et al., 2003) en la importancia del trabajo de Emmy Werner con niños de la isla de Kauai, en el archipiélago de Hawái. Aunque su objeto de estudio no fue la resiliencia, muchos lo señalan como el verdadero origen del concepto (Kotliarenco et al., 1997), en tanto que realidad clínica y como objeto de investigación (Manciaux y Vanistendael et al., 2003; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Theis, 2003; Tomkiewicz, 2004). Werner realizó un estudio longitudinal en el cual registraba los factores de riesgo (biológicos, psicológicos y sociales) y su impacto durante más de 30 años con 698 niños nacidos en condiciones muy desfavorables. Los resultados publicados desde 1968 mostraban que, a pesar de haber atravesado experiencias y situaciones críticas, el 80% de ellos había evolucionado positivamente (Werner, 1989 citada en Manciaux y Vanistendael et al., 2003) y había alcanzado una “vida plena de sentido”, convirtiéndose en adultos competentes, seguros de sí mismos, caritativos y bien integrados (Werner y Smith, 1982, citados en Carazo, 2018; Werner et al., 1968; Werner, 1989, 1992, 2004). Esta investigación, que se llevó a cabo desde 1955, pondría en primera línea de interés la cuestión de las potencialidades para la supervivencia en personas que se encuentran en situaciones de extrema dificultad.

Al mismo tiempo, investigadores como Anthony (1974, citado en Anthony, 1987) se introdujeron en el nuevo campo científico, centrado en los denominados “niños de alto riesgo”. El objetivo, entonces, era observar el desarrollo de estos antes de que apareciesen patologías, para desentrañar los mecanismos de protección que ponían en marcha para poder sobrevivir en medio de circunstancias adversas. Para ello, utilizó la metáfora de las tres muñecas de diferente

material: cristal, plástico y acero, que si se exponían a un martillazo igual de fuerte sufrirían diferente nivel de daño. Rápidamente se dio cuenta de que no podía trasladar este modelo a aquellos niños, asegurando que su ambiente tenía mucho que ver en cómo recibían el golpe, y con si terminaban deformándose o no. Afirmó que se debían tener en cuenta otros elementos como la genética, la constitución, las enfermedades físicas, los traumas y crisis afrontados previamente.

Desde este momento, la investigación en resiliencia empieza a desarrollarse bajo dos enfoques principales (Jacelon, 1997; Van Kessel, 2013), que conforman otro de los elementos de controversia alrededor de este tema. Por un lado, considerar la resiliencia como un proceso dinámico, producto de la interacción de la persona y su medio (Lavoie, Pereira y Talwar, 2016; Luthar et al., 2000; Masten et al., 1999; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawyer, 2003; Rutter, 1999; Waller, 2001), como proceso constructivo que se elabora en el transcurso de la existencia (Poilpot, 2004; Van Kessel, 2013) y que es producto de un engranaje relacional y ecosistémico (Kim-Cohen, Moffitt, Caspi y Taylor, 2004; Liu, Reed y Girard, 2017), que además permite encontrar oportunidades para evitar el estancamiento o el deterioro (Gómez y Kotliarenko, 2010; Bravo y López, 2015). Por otro lado, como un factor individual (Vaillant, 2004) que se manifiesta como rasgo de la personalidad (Mandleco y Peery, 2000) natural e innato (Kelley, 2005), que modera los efectos negativos de la exposición a la adversidad y promueve la adaptación (Block y Block, 1980, citados en Wagnild y Young, 1993).

Las investigaciones que se fueron multiplicando, ya no solo en población infantojuvenil, comenzaron a identificar que, a pesar de la presencia de factores de riesgo, había una proporción de personas que no sufría secuelas psicológicas graves tras exponerse a experiencias negativas, mantenían el equilibrio en su comportamiento cotidiano sin afectar su

rendimiento (Quintana, Montgomery y Malaver, 2009), e incluso resultaban fortalecidas en el proceso de superarlas (Vinaccia et al., 2007). Bowlby (1992, citado en Manciaux y Vanistendael et al., 2003), insistiendo en el papel del apego en la génesis de la resiliencia, la definió como un resorte moral, la cualidad de una persona que no se desanima y que no se deja abatir.

A pesar de que el concepto de resiliencia en la psicología está todavía en construcción (Carazo, 2018; Mayhew y Mayhew, 2003) y que los instrumentos para medirla suscitan igualmente dudas en la fiabilidad y la validez (Vinaccia et al., 2007), tras más de cuatro décadas de investigación, y haber reemplazado el inicial concepto de invulnerabilidad propuesto por Koupernik y Anthony (Lavoie et al., 2016), Luthar et al. (2000, p. 543), existe un acuerdo categórico alrededor de las condiciones y características de la resiliencia:

- a. La exposición a un daño significativo o una adversidad severa.
- b. La adaptación positiva a pesar de un “riesgo significativo” en el proceso de desarrollo.

En palabras de los que han desarrollado el estudio de la resiliencia en el espacio europeo, y en los que se basa este estudio, la resiliencia está compuesta de dos facetas inseparables: por un lado, la destrucción, el descalabro y, por el otro la reconstrucción, la dinámica existencial, el proyecto de una vida nueva o de una vida mejorada y reanudada (Manciaux, 2004).

Resiliar (résilier) es recuperarse, ir hacia adelante tras una enfermedad, un trauma o un estrés. Es vencer las pruebas y las crisis de la vida, es decir, resistirlas primero y superarlas después, para seguir viviendo lo mejor posible. Es rescindir (résilier) un contrato con la adversidad. (Manciaux y Tomkiewicz, 2000, citados en Theis, 2003, p.50)

La resiliencia no implica resolver “el problema” o el hecho traumático, plantea la transformación del sufrimiento experimentado en aprendizaje, no el retorno a la estructura original (Carazo, 2018; Pedrot, 2004). Sin garantizar inmunidad ante el estrés, ofrece la capacidad de restablecer el equilibrio luego de experiencias adversas (Atkinson, Martin y Rankin, 2009).

Vera (2006) hace referencia a que, durante mucho tiempo, las respuestas que hoy encuadramos dentro de la resiliencia habían sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos. Pero que hoy en día, la literatura científica demuestra que la resiliencia es una respuesta común y su aparición, lejos de indicar patología, es lo que facilita el ajuste saludable a la adversidad a pesar de los factores de riesgo (Cooper, Estes y Allen, 2004). Así, se puede afirmar que:

A través de la resiliencia el individuo mantiene, ante el estrés, respuestas psicológicas y fisiológicas adecuadas. En conjunto, la resiliencia explica por qué ciertos individuos a pesar de estar expuestos a la misma carga alostática no resultan afectados por ella. (De La Fuente y Heinze, 2011, p.58)

Existen diferencias conceptuales de los teóricos e investigadores alrededor del concepto de la resiliencia (Kalawski y Haz, 2003; Luthar et al., 2000). En la tabla 7 se observa la evolución del concepto a lo largo del tiempo.

Tabla 7

Compendio de los Conceptos de Resiliencia

Autor/año	Concepto
Werner y Smith 1982	Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes
Garmezy 1991	Capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial ante un evento estresante
Smith 1992	Una historia de adaptaciones exitosas, en donde el individuo se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes

Rutter 1993	Característica de aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos
Wagnild y Young 1993	Característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación...vigor o fibra emocional que se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida
Grotberg 1995	Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas
Suárez y Krauskopf 1995	Combinación de factores que van a permitir que un ser humano afronte y supere los problemas y dificultades de su vida
Braverman 1999	Fenómeno del desarrollo exitoso de una persona bajo condiciones adversas
Luthar, Cicchetti y Becker 2000	Proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa
Masten 2001	La resiliencia hace referencia a una clase de fenómeno que se caracteriza por buenos resultados a pesar de las graves amenazas a la adaptación o al desarrollo
Henderson 2002	Conjunto de competencias para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad
Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik 2003	Capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves
Masten y Powell 2003	Patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas
Walsh 2003	Capacidad de una persona para recobrase de la adversidad, fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida
Manciaux 2003	Capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores y condiciones de vida difíciles
Melillo, Suárez y Rodríguez 2004	Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades
Bonanno 2004	Capacidad de responder a un evento traumático de forma positiva y después poder funcionar correctamente
Rutter 2005	Fenómeno multifacético que abarca factores ambientales y personales, caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano
Cyrulnik 2005	Capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación
Fergus y Zimmerman 2005	Proceso de poder sobresalir ante efectos negativos o factores de riesgo, teniendo características de afrontamiento ante situaciones o experiencias traumáticas
Vanistendael 2006	Capacidad de una persona de resurgir, de manera socialmente aceptable, a pesar de las tensiones o la adversidad que normalmente comportan el riesgo de un resultado negativo
Delage 2010	La resiliencia no es ausencia de sufrimiento. Es la capacidad de evolucionar favorablemente a pesar del sufrimiento y, a veces, la capacidad de sacar partido de ese sufrimiento
Cabanyes 2010	Capacidad de recuperación de un individuo ante situaciones traumáticas externas

Puig y Rubio 2011	Proceso que se origina a partir de que una persona enfrente una dificultad, desarrolla sus habilidades personales y encuentra apoyo en los recursos y personas de su alrededor para poder superar la situación
Rutter 2012	La reducción de la vulnerabilidad frente a experiencias de riesgo ambiental, la superación del estrés o la adversidad, o unos relativos buenos resultados a pesar de las experiencias de riesgo.

Elaboración propia. Basado en Rodríguez, 2017

3.4.1.1. Delimitación Conceptual con Otros Términos Afines. Manciaux (2004) afirma que la resiliencia es un concepto original y no simplemente un término nuevo usado para definir nociones antiguas; no es una resistencia corregida y aumentada, ni invulnerabilidad o un afrontamiento mejorado. Tomkiewicz (2004) considera que la inclusión de condiciones morales y sociales, así como la de los contextos y modos en que se da, están muy ligados al uso del concepto. A lo largo de la historia, los investigadores han relacionado la resiliencia con diferentes aspectos. En las investigaciones iniciales, Meyer (1957, citado en Kotliarenco et al., 1997) la relacionaba con la satisfacción personal y Garmezy y Roonick (1959, citados en García-Maroto et al., 2015) con la capacidad de adaptación.

Más tarde, comenzó a relacionarse con la competencia (Garmezy, 1971) y con la búsqueda de sentido/significado (Werner et al., 1968). También se la relaciona con el optimismo/positivismo (Weisman y Worden, 1976-1977, citados en Andersen, 1992), y Kobasa y Maddi (1972, citados en De la Vega et al., 2011) se incorporan el concepto de dureza (*hardiness*). Garmezy (1971) sigue relacionándola con la competencia y la adaptabilidad, pero además incorpora los conceptos de fuerza y supervivencia.

En la década de los 80, en investigaciones en casos con historias de pérdidas irreparables (Wortman y Cohen, 1989), los estudios alrededor de la resiliencia conservan conceptos como la adaptabilidad (Rutter, 1987) y la invencibilidad (Werner y Smith, 1982, citados en Kotliarenco et al., 1997) y comienzan a incorporar nuevos conceptos como los de resistencia (Carver et al., 1989; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982), flexibilidad (Lazarus y

Folkman, 1986), competencia (Anthony, 1987), controlabilidad (Werner, 1989), éxito (Greenspan, 1982), y crecimiento (Rutter, 1987). Lazarus y Folkman (1986) añaden los conceptos de independencia, empatía, autoestima, perseverancia, autoeficacia y responsabilidad. En otros estudios de esa década, se encuentran otros conceptos de uso más residual: dureza (Kobasa et al., 1982), capacidad de decisión (Werner, 1989), buen temperamento (Werner, 1989) y, tener una actitud protectora en el ambiente familiar (Anthony, 1987).

Es en la época de los 90 cuando la investigación se expande y se multiplican sus exponentes, así como las controversias acerca de la conceptualización y operativización de la resiliencia. Hay algunos conceptos que no vuelven a encontrarse en los trabajos que se realizarán posteriormente, ya en el siglo XXI: contar con fuerza del ego (Tarter y Vanyukov, 1999), invencibilidad (Finley, 1994; Wagnild y Young, 1993), capacidad de autoenmendarse a sí mismo (Wolin y Wolin, 1993, citados en Castro y Morales, 2013), capacidad de autoconocimiento (Polk, 1997), y motivación al logro (Kotliarenko et al., 1997; Wagnild y Young, 1993).

Durante la primera década del presente siglo aparecen nuevos términos: el concepto de altruismo (Manciaux y Lecomte et al., 2003; Lecomte y Manciaux, 2003; Sinclair y Wallston, 2004); autocontrol/autodisciplina (Prado y Del Águila, 2003; Saavedra y Villalta, 2008; Vinaccia et al., 2007); perseverancia (Barbosa, 2005; Becoña, 2006; Eisenberg et al., 2004; González Arratia, Valdez, Oudhof y Gonzalez, 2009; Grau, 2002; Kern de Castro y Moreno, 2007; Peterson et al, 2006; Torrico et al., 2002); solidaridad (Manciaux y Vanistendael et al., 2003; Manciaux y Lecomte et al., 2003); identidad (Grotberg, 2001, 2006; Saavedra y Villalta, 2008; Vinaccia et al., 2007); tener un autoconcepto positivo o capacidad de autorreflexión

(Place, Reynolds, Cousins y O’neill, 2002); conservar el arte del balance (Prado y Del Águila, 2003); capacidad de generar autoconciencia, tener coraje y saber fluir (Peterson et al., 2006); saber tomar distancia emocional, autoconfianza y toma de consciencia (Prado y Del Águila, 2003); ser ecuánime (Vázquez y Castilla, 2007); saber improvisar (Coutu, 2002); tener ingenio (Eisenberg et al., 2004); poseer nivel alto de inteligencia (Becoña, 2006; Theis, 2003); hacer buen uso de los mecanismos de defensa (Prado y Del Águila, 2003; Theis, 2003); contar con un pensamiento reflexivo (Hodges, Humphris y Macfarlane, 2005); ser persistente y tener la capacidad de planificar (Vanistendael y Lecomte, 2006; Theis, 2003); de tolerar la frustración (Anthony, 2008); y capacidad de tolerar el dolor (Fredrickson, 2001; Isen, 2000).

En las investigaciones más recientes han reaparecido o comenzado a aparecer términos nuevos en esta segunda década del siglo XXI: tener una actitud protectora familiar (Delage, 2010; González-Arratia, Nieto y Valdez, 2011); capacidad de regulación emocional (Álamo et al., 2012; Palacio, Krikorian y Limonero, 2018); el empoderamiento (Suriá, 2017; Rodríguez, 2017); experimentar satisfacción marital (Hou, Law, y Fu, 2010); tener control emocional y tener capacidad de tomar perspectiva y ser determinado (Resnick, 2011).

Independientemente de que se considere la resiliencia como una característica, un proceso o una capacidad, la figura 5 muestra los conceptos más frecuentemente relacionados con la resiliencia en las investigaciones consultadas para esta investigación, fechadas en el nuevo siglo.

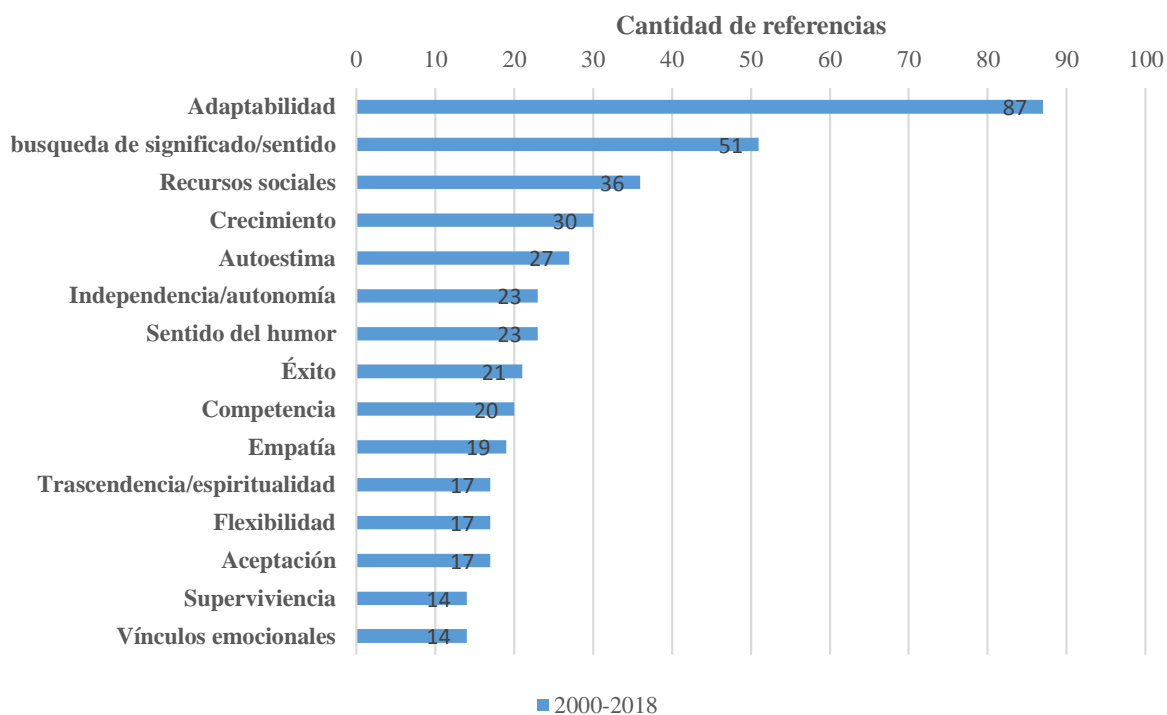


Figura 5. Conceptos relacionados más frecuentemente con el estudio de la resiliencia. Elaboración propia a partir de las referencias consultadas para este trabajo de investigación, fechadas en el siglo XXI.

En un intento de esclarecer el concepto de la resiliencia, es útil diferenciarla de los términos con los que se la relaciona. El concepto de invulnerabilidad tuvo gran influencia en los inicios de las investigaciones sobre resiliencia (Lavoie et al., 2016; Theis, 2003), cuando se incluían descriptores como “invulnerables”, “invencibles” o “superniños”, en relación con aquellas personas que salían adelante de experiencias catalogadas como difíciles. Hay quienes aseguran que tanto resiliencia como vulnerabilidad son polos opuestos del mismo continuo (Fergusson, Beautrais y Horwood, 2003). Estos autores aseguran que la vulnerabilidad aumenta con la exposición al riesgo y, que la resiliencia funciona como un mecanismo discriminatorio que ayuda a evitarlo o afrontarlo. Rutter aseguró que la vulnerabilidad “parecía implicar una resistencia absoluta al daño; ahora bien, nadie tiene una resistencia absoluta: unos individuos son más resistentes que otros, pero todos tienen sus límites” (Rutter, 1993, p.626).

Manciaux (2004) asegura que la resiliencia no es un “*atavío nuevo para nociones antiguas*”, sino que más bien engloba términos utilizados anteriormente: competencia, personalidad resistente, sentido de coherencia. Incluso ha reemplazado el de invulnerabilidad propuesta por Anthony (1987), que después de haber sido usado como sinónimo, simplemente se ha desechado (Carazo, 2018; Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Tal vez debido a aportaciones como las de Rutter (1993), que diferenció los dos términos, afirmando que la resiliencia es un proceso capaz de ser desarrollado y promovido, es dinámico y no es permanente, pues depende los acontecimientos; mientras que la invulnerabilidad es un rasgo intrínseco y estático relacionado con la resistencia (Tomkiewicz, 2004), que favorece el mantenerse ante la adversidad.

Kobasa alude al concepto de dureza (*hardiness*) para señalar una personalidad resistente (Kobasa, 1979a;1979b). Este término y resiliencia comparten que ambos hacen alusión a la capacidad de afrontar la adversidad (Luthar, 2006, citado en Ortega y Mijares, 2018). Según Godoy y Godoy (2002) los individuos con alta dureza tendrían dos ventajas: su malestar psicológico se reduce y tienen mayor capacidad de afrontamiento adaptativo frente al estrés o situaciones de adversidad. Para una persona “dura”, los desafíos son retos para aprender y sacarles provecho; percibe de forma positiva los cambios en lugar de asumirlos como algo perturbador. Está relacionado con ganar siempre en situaciones de gran estrés o adversidad; esta persona crea estrategias para hacer frente, aunque ello dependerá de la particularidad de la situación y la magnitud de la adversidad. Tomkiewicz (2004) asegura que, al igual que el afrontamiento, solo significa resistencia y por lo tanto una respuesta inmediata y en cierta manera estática, mientras que la resiliencia es dinámica, implica un efecto duradero, un proyecto de vida.

El concepto de resistencia ha intentado reflejar la manera en que una persona enfrenta los acontecimientos desestabilizadores contando con diferentes recursos. Fernández-Lansac y Crespo (2011) argumentan que la personalidad resistente y la resiliencia conllevan, de forma semejante, la capacidad de afrontar adaptativamente las circunstancias adversas. La personalidad resistente posee actitudes y comportamientos que incrementan la resiliencia. Sin embargo, no es la única vía para lograr superar las situaciones desfavorables. Es decir, una persona resistente tiene mayor posibilidad de ser resiliente, pero una persona resiliente no necesariamente es resistente. Para autores como Clarke (2013, citado por Grijalva, 2019), la resiliencia y la resistencia son complementarias. La resistencia puede conducir a negar la realidad crítica y a no tomar decisiones pertinentes para su recuperación; por tanto, posterga y no considera la adversidad. Esta impermeabilización, entendida como resistencia, rigidez o dureza, protege puntualmente, pero puede impedir el desarrollo de la resiliencia. Una vez que la resistencia ha fallado surge la resiliencia.

Por otro lado, aunque en algunas investigaciones se diferencian y se busca un efecto moderador entre ellas (Zahradnik et al., 2010), hay quienes semejan los conceptos de resiliencia y el crecimiento postraumático (CPT). Tedeschi y Calhoun (2004, p.1) lo definen como “el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático”. No con poco desacierto en el manejo del término, algunos autores aseguran que el CPT se diferencia de la resiliencia, porque el primero implica que la persona desarrolla una mayor capacidad de adaptación ante situaciones adversas futuras, en contraste al segundo, que implica un mantenimiento inalterado o el retorno al funcionamiento previo a la situación adversa (Calhoun y Tedeschi, 1996, citados en Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Vázquez y Castilla (2007) afirman que el CPT y la resiliencia comparten varias características, como la resignificación de las experiencias y el crecimiento a partir de un trauma. Esta resignificación estaría relacionada no sólo con la búsqueda de significado de la resiliencia, sino con la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva. En sus investigaciones sobre CPT, Tedeschi y Calhoun (2004) aseguran que los eventos traumáticos, como puede ser enfrentarse al cáncer, producen una ruptura en el sistema de creencias, que activa pensamientos automáticos de tipo rumiativo, con el objetivo de reconstruir los esquemas cognitivos alterados. Con el tiempo, esta rumiación genera un proceso reparador, llamado “*rumiación constructiva*”, asociado con la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad. Durkin y Joseph (2009) aseguran que el CPT está relacionado más con el bienestar psicológico, la automotivación, el significado de la vida y la autorrealización; aunque la resiliencia también puede conllevar estos mismos procesos, pero lo hace desde el manejo de un bienestar subjetivo, de procesos de restauración, mediante el manejo de emociones y de síntomas.

Se cree que las competencias cognitivas son un factor protector e incrementarlas ayuda a la persona a ser resiliente (Kumpfer, 1999). La resiliencia se ha relacionado con la salud mental positiva o la ausencia de psicopatología (Everall, Altrows y Paulson, 2006). Aburn, Hoare y Gott (2018) aseguran que es una forma desafiante de definirla, sobre todo en el caso de personas con enfermedades mentales (Dyer y McGuinness, 1996; Edward, Welch y Chater, 2009). Con respecto a esto, Luthar asegura que ser competente no necesariamente implica enfrentar un riesgo, sino solo un ajuste positivo para afrontar las demandas que aparecen como consecuencia de la vida misma; en cambio, el camino de la resiliencia sí implica la adversidad,

un ajuste positivo que se observa en índices conductuales y emocionales dentro de las posibilidades con las que cuenta el sujeto (Luthar, 2006, citado en Ortega y Mijares, 2018).

Incluso, algunos autores consideran la resiliencia como una estrategia de afrontamiento en sí misma (Becoña, 2006; Limonero, Tomás, Fernández, Gómez y Ardilla, 2012). La relación que han tenido estos dos conceptos fue importante en los inicios de delimitación del constructo de la resiliencia (Luthar et al., 2000; Theis, 2003; Tomkiewicz, 2004). La resiliencia hace su aparición en el proceso de evaluación que hace el sujeto y le permite pasar de percibir la situación como una amenaza a percibirla como un reto. Responde a la incapacidad inicial mencionada por Garmezy (1991), que luego es reemplazada por la recuperación y las conductas adaptativas. Son los procesos cognitivos asociados a la vivencia del evento estresante, y no el evento en sí, lo que promueve el crecimiento (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000). Se puede afirmar que la resiliencia es una capacidad que se sustenta en el proceso individual y cambiante del afrontamiento y que las estrategias de afrontamiento estarían directamente relacionadas con la resiliencia. Por ejemplo, en el caso de la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, la primera se asocia con la resiliencia su función compensatoria y esperanzadora, y la segunda por su carácter relacional.

3.4.2. Factores de Riesgo y de Protección. Sin detrimento del nivel de malestar que se genera, hay que destacar que es en las situaciones extremas, que conllevan considerables niveles de sufrimiento, donde el ser humano tiene la oportunidad de dar cuenta de sus propias capacidades latentes (Vázquez y Castilla, 2007), de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores. Tiene la oportunidad de replantearse su manera de vivir y de modificar sus creencias, de manera que esta reconstrucción puede darle, y de hecho lo da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal (Vera, 2006).

Rutter (1987) propuso que la investigación en el campo de la resiliencia debía centrarse en los procesos y mecanismos, en vez de en cualidades deseables que pudiesen encontrarse en el individuo. Igualmente, este autor sugiere que, en el campo de la intervención en resiliencia, la promoción de factores de protección inclina la balanza a favor de su desarrollo, así como los factores de riesgo, la socaban y debilitan. Asegura que la vulnerabilidad y la protección son los polos negativo y positivo de un mismo concepto, y que las variables de riesgo son las que evidencian el efecto vulnerable o protector en una determinada circunstancia.

A pesar de que inicialmente este autor insistiera en distinguir entre mecanismos de protección y factores de riesgo, poco tiempo después fue uno de los primeros en advertir a los investigadores del peligro de centrarse en definirlos como tal (Forés y Grané, 2008; Manciaux y Vanistendael et al., 2003; Theis, 2003). Este autor propuso que “hay que interesarse por los mecanismos de riesgo y no por los factores de riesgo. Pues la misma característica puede ser un riesgo en una situación, y en otra, un factor de protección” (Rutter, 1993, p. 627), a pesar de que aseguró de la necesidad de identificar los factores que impiden el desarrollo de la resiliencia para poder desarrollar programas de prevención. En el tratado de psiquiatría del niño y el adolescente, coinciden en el dualismo vulnerabilidad-recurso:

Lo que en un tiempo puede servir de recurso, luego se puede convertir en elemento de vulnerabilidad...aunque la situación de riesgo revele una vulnerabilidad, como estado de crisis tiene un potencial positivo... si se domina, la situación de riesgo favorece el desarrollo de las potencialidades. (Petit, Laloy-Moatti y Clervoy, 1999, citados en Theis, 2003, p. 54)

Por su parte, Delage (2010) y Kalawski y Haz (2003) consideraron que los factores de riesgo o de protección no son nunca absolutos. Estos autores reflexionan acerca de la

relatividad que puede tener la evaluación de cada factor, que puede ser de riesgo para algún aspecto y de protección para otro. Por ejemplo, un factor que proteja a una persona de cometer un delito no tiene porqué protegerlo de la depresión; es decir, para un mismo sujeto, un factor de riesgo puede ser un factor de protección en otra fase de su vida o en otro contexto. Al igual que la humillación (factor de riesgo) nos conectaría con la compasión (factor protector), y nos ayudaría a recuperar el equilibrio (Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Otro ejemplo, la autoestima puede ser un factor de riesgo o un factor protector, según limite la actuación de la persona o bien le posibilite movilizarse frente a la adversidad (Becoña, 2006). La exageración de este factor de protección puede desembocar en la arrogancia, lo que nos haría sentir que estamos por encima del evento y de quienes lo sufren, lo que a su vez nos alejaría de la resiliencia.

Un último ejemplo, el exceso de protección alrededor de un niño impediría que se desarrollara la resiliencia, y el exceso de tensión y estrés rompería su estructura mental y podría generarle una desorganización mental. Parece que la cuestión es un término medio, más o menos equilibrado, donde el sujeto se movilice y avance, desarrollando sus competencias con un mínimo de base segura, trenzada en una red de apoyo, y con al menos un *tutor de resiliencia* que le acompañe en cada fase de su camino (Vanistendael y Lecomte, 2006).

Algunos autores han propuesto formas de calcular los factores de riesgo. Luthar et al. (2000) aseguran que la medición de los riesgos es difícil de establecer, incluso es complicado determinar en una sola investigación si todos los participantes que son considerados resilientes experimentan niveles comparables de adversidad. Estos investigadores proponen la consideración de dos aspectos, el concepto de un riesgo estático contra un riesgo actual y el de la tasa de riesgo subjetiva frente a la objetiva. Masten y Powell (2003, citados en Sorza, 2010)

propusieron una evaluación de los factores riesgo acumulativos o índice de experiencias estresantes durante un periodo de tiempo determinado.

Michaud (1999) recuerda que, en definitiva, es la exposición al riesgo lo que provoca la intervención de los mecanismos de resiliencia. Entendiendo esta como el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que suceden en el tiempo y según cómo se combinen los atributos del niño, de la familia y de los ambientes sociales y culturales que lo rodean (Barbosa, 2005; Kern de Castro y Moreno, 2007). Es decir, la resiliencia es un desarrollo normal en condiciones difíciles (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target, 1994), donde los factores protectores se oponen al riesgo y los factores de vulnerabilidad llevarían a sucumbir ante él. Por tanto, el efecto de protección o de vulnerabilidad solo es evidente si se combina con el riesgo (Bourguignon, 2000, citado en Theis, 2003).

Se puede afirmar que los factores de riesgo son las variables o características personales y del entorno que aumentan la probabilidad de que se den respuestas negativas, desadaptativas, frente a situaciones adversas (Barbosa, 2005; Becoña, 2006); incrementan la probabilidad de que el sujeto no logre adecuarse exitosamente a una situación, dando lugar al sufrimiento físico y psicológico. Por otra parte, los factores protectores son el conjunto de variables del individuo y del contexto que potencian la capacidad de resistir a las dificultades y de contener el malestar (Cabanyes, 2010; Mateu, García, Gil y Caballer, 2010; Munist et al., 1998), funcionan como defensa ante las situaciones negativas y reducen las consecuencias adversas. Pueden provenir del sujeto, de la familia o el entorno, o ser internos (personalidad, aptitudes y habilidades, autonomía, autoestima, autoeficacia, responsabilidad, perseverancia, flexibilidad, empatía, amplio repertorio de estrategias de afrontamiento) o externos (apoyo social de familia, amigos

y/o, compañeros de estudio) (Barbosa, 2005; González Arratia et al., 2009; Grau, 2002; Kern de Castro y Moreno, 2007; Lazarus y Folkman, 1986; Torrico et al., 2002).

Tabla 8

Factores de Riesgo y Protección

Factores de Riesgo	Factores de Protección
Una situación familiar perturbada: trastornos psiquiátricos o conductas de adicción de los padres, muerte uno o ambos padres, larga separación de cuidador –persona que cuida de los niños los primeros años de su vida-, ausencia del padre o de la madre, discordia familiar crónica, violencias familiares – maltrato físico y /o psíquico, incesto-, separación de los padres, entrega a otra familia	CI elevado, buena capacidad de resolver problemas; capacidad de planificar; uso de estrategias de afrontamiento; sensación de eficacia personal; comprensión de sí mismo; lugar del control interno; competencias relacionales (empatía y capacidad de buscar ayuda); alta autoestima; temperamento fácil; estilo de apego seguro; uso adecuado de mecanismos de defensa (escisión, negación, intelectualización, creatividad, sentido del humor)
Los factores sociales y ambientales, desempleo de ambos padres, la pobreza o una situación socioeconómica mediocre, hábitats pobres (chabolas, casas ocupadas)	Tener buena relación al menos con uno de los padres o con un miembro de la familia próxima; padres competentes; buena educación; y el apoyo del cónyuge en la adultez
Los problemas crónicos de salud, sea del niño o de su entorno íntimo –como una deficiencia física o una enfermedad grave-	Un apoyo social fuera de la familia puede proteger de la adversidad: las personas que apoyan –verdaderos <i>tutores de resiliencia</i> según Cyrulnik – pueden ser iguales, profesores, vecinos y/o terapeutas
Las amenazas vitales que la guerra, las catástrofes naturales o los traslados forzosos	La escuela también tiene un papel positivo, si el ambiente educativo es positivo, abierto, y permite orientar y fijar normas. Algunos autores han observado que participar en actividades religiosas (o culturales, asociativas o humanitarias) actúan en el mismo sentido

Elaboración propia, basado en Theis, 2003 p.54-56

Theis (2003) insiste en que es especialmente importante recordar que los factores de riesgo no actúan de modo aislado. Hay que tener en cuenta muchos indicios, los contextos individual, familiar, comunitario y cultural, y los elementos temporales, como la edad del sujeto y los ciclos de vida individual y familiar. Esta autora agrupa los factores de riesgo y de protección (ver tabla 8).

3.4.3. La Resiliencia como Proceso Dinámico y Ecosistémico. La resiliencia contiene un cambio de paradigma, pone el foco en las fortalezas, no en el déficit o problema (Vanistendael, 2006). Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución, junto con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo (Quintero, 2005). Se trata de superar el modelo de enfermedad propio de la psicología tradicional, cambiándolo por una perspectiva que promueva y valore potencialidades, capacidades, talentos y recursos (Barbosa, 2005).

Saleebey (1996) resume esa necesaria transformación, que según Manciaux y Lecomte et al. (2003), ya está en curso en muchos equipos sociales, educativos, sanitarios y, en programas de desarrollo y de fomento. Véase al respecto la tabla 9.

Manciaux (2003) resalta que las situaciones de adversidad a las que se enfrenta el individuo no son estáticas, cambian y requieren cambios en el proceso de adaptación de cada individuo: "es variable en función de los riesgos, variable en el tiempo y siempre de origen simultáneamente intrínseco y epigenético" (Rutter, 1993, p. 627, traducción de Tomkiewicz, 2004). Precisamente, es esta circunstancia dinámica y adaptable (Morelato, 2011), cambiante, exigente y en gran medida descontrolada, la que activa el desarrollo bilateral de la resiliencia, el individuo se transforma a sí mismo y al entorno, y el entorno se transforma y transforma al individuo. Por lo mismo, el resultado incluye las características de ambos y de su interacción (Wong, Fong y Lam, 2015).

Ya Rutter (1987) comentaba que el estudio del constructo resiliencia estaba evolucionando desde conceptualizaciones estáticas e individualistas, hacia una apreciación de la complejidad de los aspectos relacionales y contextuales implicados en la adaptación ante la adversidad. Masten (2001) señalaba que, ya en el siglo pasado, la mayor parte de los

investigadores, habían asumido que la resiliencia surge de la interacción dinámica entre factores del propio sujeto y factores del ambiente.

Tabla 9

Cambio de Paradigma de la Psicología Tradicional

DE	A
Se define la persona como un caso: se suman síntomas para llegar a un diagnóstico	Se define la persona como única: los rasgos de personalidad, las aptitudes y los recursos se suman para formar fuerzas
La terapia se centra en el problema	La terapia se centra en las posibilidades
Los relatos personales ayudan a plantear un diagnóstico gracias a la interpretación de un experto	Los relatos personales son el camino esencial para conocer y apreciar a la persona
El practico es escéptico respecto a las historias personales y la racionalización del cliente	El practico conoce a la persona y la oye con benevolencia
El trauma de la infancia es precursor o predice la patología adulta	El trauma de la infancia no predice. Puede debilitar o reforzar al individuo
La pieza central del trabajo terapéutico es el plan de tratamiento hecho por el practico	La pieza central del proceso terapéutico son las aspiraciones del individuo, de la familia y de la comunidad, y los profesionales
Respecto a la vida del cliente, el experto es el practico	Los expertos son el propio individuo y los miembros de su familia y de su comunidad
Las posibilidades de elección, control, implicación y desarrollo personales las limitan la patología o la sociedad	Las posibilidades de elección, control, implicación y desarrollo personales están abiertas
Los recursos útiles para el tratamiento son el conocimiento y las competencias del profesional	Los puntos fuertes, las capacidades y las competencias del individuo, y el apoyo de la familia y de la comunidad son también recursos útiles para el tratamiento
Ante todo, la ayuda pretende reducir los efectos de los síntomas y las consecuencias personales y sociales negativas de las acciones, emociones, pensamientos y relaciones.	Ante todo, la ayuda pretende que la persona avance en la vida, afirmando y desarrollando sus valores y compromisos, y haciendo que sea y se descubra miembro de una comunidad.
La familia y los voluntarios complican el trabajo de los profesionales	La familia y los voluntarios son útiles preciosos para el trabajo profesional

Cambio de paradigma de la psicología tradicional propuesto por Saleebey 1996, recuperado de Manciaux y Lecomte et al., 2003, p.310

De igual forma, Tarter y Vanykov (1999) sugieren que, incluso, los estudios sobre la genética de la conducta asumen que esta es el resultado de la interacción y de la adecuación entre fenotipo y ambiente. Estos autores aseguran que, esta visión integral ofrece explicaciones más profundas sobre la forma que tiene el individuo para prever y responder ante las agresiones

estresantes. Incluso en las investigaciones más singulares, autores como Kim-Cohen et al. (2004) ponen el énfasis en los factores genéticos que intervienen en las respuestas de afrontamiento, pero no olvidan los aspectos familiares y del ecosistema más amplio. Más recientemente, autores como Liu et al. (2017) con el desarrollo de un modelo multisistémico y socioecológico de la resiliencia y, McLaughlin y Lambert (2017), que investigan este fenómeno como resultado de la interacción entre los individuos y sus contextos socioecológicos; estos autores buscan identificar los elementos interpersonales (redes de apoyo) y neurobiológicos (mecanismos de procesamiento y de respuesta), con el objetivo de evitar el desarrollo de psicopatología posterior a un trauma infantil.

A pesar de que autores como Luthar et al. (2000) intentaron diferenciar la ego-resiliencia de la resiliencia en sí misma, la tendencia ecosistémica de las investigaciones mostró que resultaría tan infructuoso como estudiar un organismo aislado de su entorno. "La resiliencia nos muestra a la vez, que lo esencial no es lo constitucional ni lo ambiental, sino una interacción activa entre ambos... el papel activo que tienen el niño y su entorno contradice el determinismo" (Bouvier, 2003, p.72). Atrás quedó la idea de que fuese una capacidad innata, individual y natural (Kelley, 2005). En las investigaciones más recientes, se aborda el fenómeno de la resiliencia como una experiencia dinámica e intersubjetiva, de carácter inclusivo y comunitario; que sin ser perenne es experimentada y favorecida por el individuo y su grupo (familiar o social) de forma retroalimentada (Bonanno, 2004; Grotberg, 2001; Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Se ha demostrado que la idea de que una infancia infeliz determina el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad es incorrecta, que un niño herido no está condenado a ser un adulto fracasado (Vera et al., 2006).

Autores como Lavoie et al., (2016), destacan el papel del entorno y su influencia sustancial en los factores psicológicos y físicos que inciden en la resiliencia del individuo. La investigación en resiliencia está siendo abordada como un proceso dual de navegación y negociación (Zahradnik et al, 2010), un engranaje relacional y ecosistémico, que permite encontrar oportunidades para evitar el estancamiento o deterioro (Gómez y Kotliarenco, 2010). “La resiliencia del niño se construye en la relación con el otro, mediante una labor de punto que teje el vínculo” (Cyrulnik, 2004, p.17). Melillo, Estamatti y Cuestas (2001, citados en Rodríguez, 2017), aseguraron que si algo caracteriza la resiliencia es, el hecho de generarse en una relación significativa entre dos o más personas. Incluso, hay quien afirma que es gracias al “otro” que emerge la resiliencia latente (Talam, Sáinz y Rigat, 2013), otorgándole así a un carácter relacional (Delage, 2010; Mateu et al., 2010).

Walsh (2004 p. 408) observa que “lamentablemente, la errónea concepción que define la resiliencia como el simple acto de dejar atrás los problemas y seguir adelante con la vida coincide con la mentalidad desechable de nuestra cultura”. En el mismo sentido, Waller (2001) señala tres elementos a tener en cuenta: nuestra condición humana es contraria al concepto de invulnerabilidad, es sumamente difícil comprender que el patrón de desarrollo de alguien pueda identificarse como resiliente en un sentido y vulnerable en otros y, por último, centrarnos en los factores personales, oscurece el análisis del contexto ecosistémico de la resiliencia. Creer en una invulnerabilidad particular, nos empuja a hacer una victimización secundaria a aquellos que no son resilientes, se corre el riesgo de caer en una visión despreciativa de algunos individuos, familias y comunidades, viéndolos como deficientes, débiles, incapaces y culpables cuando no logran solucionar sus problemas por sí mismos (Walsh, 2003). Se patologizaría el sufrimiento, considerándolo como “culpa de la víctima”, obstaculizando así la

implementación de políticas sociales que favoreciera el desarrollo de la resiliencia en individuos y comunidades, ya que serían señalados como la representación de que los problemas de algunos sectores son propios de su naturaleza incapaz (Waller, 2001).

Talarn, Sainz y Rigat (2013, p. 166) afirman que “la resiliencia es un proceso de respuesta asociado a los contextos vitales y no un rasgo del cual el individuo es, o no, portador”. La utilización que se intentó hacer de la resiliencia como un rasgo de personalidad, entrañaba el riesgo de pensar que hay quienes “no tienen lo que hace falta” para superar adversidades facilitando, por ejemplo, la supresión de políticas en el ámbito de bienestar social por parte de las instituciones (Tomkiewicz, 2004). Eldebour (1993, citado en Ehrensaft y Tousignant, 2003) insiste en observar la inclusión y el mantenimiento de las políticas sociales como las leyes de protección del menor, los derechos humanos y las estructuras sociales y políticas que tengan un impacto directo en el desarrollo de los sujetos, y por ende el de su nivel de resiliencia. La imagen es la de un tejido que está compuesto de puntos individuales unidos unos con otros, de lo particular a lo general y viceversa. La resiliencia se activa en el individuo, los cuidadores principales, la familia, la comunidad, la sociedad y las instituciones (Infante, 2001, citado en Rodríguez, 2017), todos como partes de un engranaje general, y cada uno cumpliendo su función protectora o de riesgo para el surgimiento la resiliencia.

3.4.4. Los Modelos Teóricos de la Resiliencia. En el desarrollo del concepto de la resiliencia se pueden diferenciar distintos enfoques o dimensiones. Según De la Paz y Mercado (2018) se pueden clasificar de esta forma:

- a. Como adversidad (Anthony, 1974, citado en Anthony 1987; Infante, 2001; Luthar y Cushing, 1999; Luthar et al., 2000).

- b. Como adaptación positiva (Infante, 2001; Masten, 2001; Vanistendael y Lecomte, 2006; Walsh, 2003; Werner, 1989, 1992, 2004).
- c. Como proceso cambiante y dinámico (Luthar et al., 2000; Manciaux y Vanistendael et al., 2003; Olsson et al., 2003; Waller, 2001).

La anterior clasificación incluye a los autores más relevantes de América y de Europa. Pero la investigación comenzó en Estados Unidos (donde ha tenido y tienen un proceso de desarrollo considerable) y posteriormente se extendió a Europa y América Latina. Por ello, podemos identificar distintas escuelas geográficas, cada una de las cuales ha puesto énfasis en diferentes aspectos (García-Maroto et al., 2015).

La que se puede denominar escuela estadounidense, cuenta con exponentes como Luthar, Garmezy, Cicchetti, Masten y Grotberg, actualmente asume que la resiliencia no es un rasgo de la personalidad, sino el resultado de la conjugación entre la exposición ante la adversidad y el ajuste positivo. Una vez superada la línea continua en la que Anthony (1987) colocaba a las personas hipervulnerables, pseudo-vulnerables, invulnerables y no vulnerables, Wagnil y Young (1993) elaboraron la escala de resiliencia que sigue vigente y que se usa en este estudio. Estos son los principales aportes realizados por esta escuela:

Modelo de resiliencia de Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer de reintegración (1990). Estos autores diferenciaron el tipo de reintegración psicosocial alcanzada por el individuo en su particular forma de hacer frente a la adversidad. Su modelo contempla los factores de protección individuales y ambientales que determinan el nivel de reintegración que pueden alcanzar tras una perturbación traumática (Mayhew y Mayhew, 2003):

Reintegración disfuncional: no asume la situación y la evita asumiendo conductas autodestructivas.

Reintegración inadaptada: sufre desajuste a pesar de la motivación y el afrontamiento.

Reintegración homeostática: retorna y recobra el equilibrio.

Reintegración resiliente: experimenta crecimiento positivo desde el aprendizaje de la experiencia.

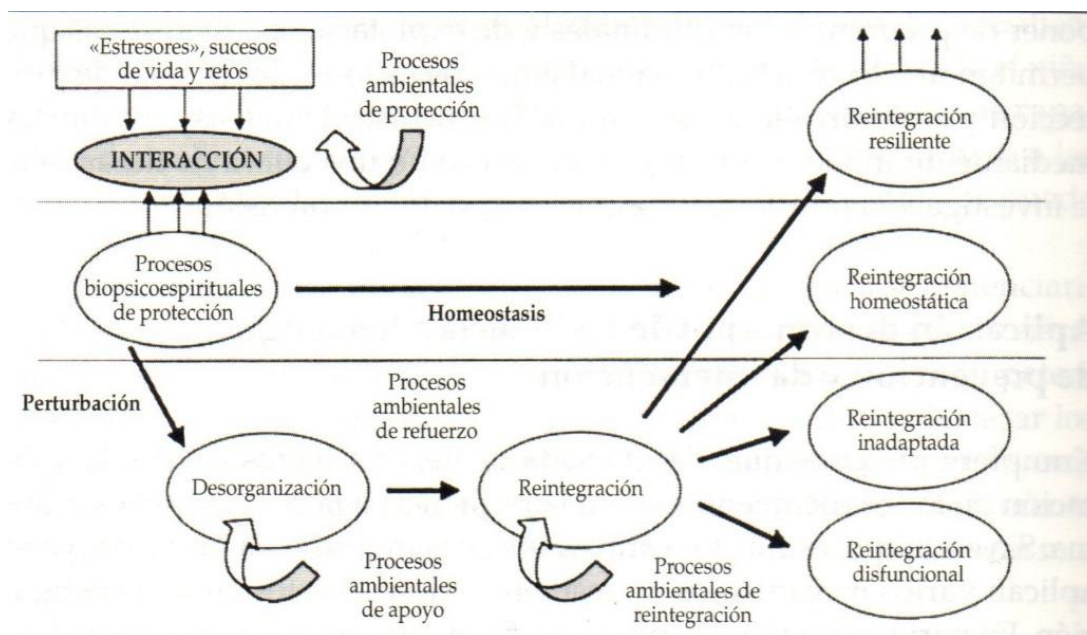


Figura 6. Modelo del desarrollo de la resiliencia según el modelo de reintegración de Karol L. Kumpfer, 1999. Recuperado de Mayhew y Mayhew, 2003, p. 274.

Modelo de Wagnild y Young (1993). La resiliencia tiene dos factores, la competencia personal, que incluye la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia; y la aceptación de uno mismo y de la vida, que incluye adaptabilidad, balance, flexibilidad y paz a pesar de la adversidad. El instrumento de medida de la resiliencia (RS) que diseñaron contiene cinco dimensiones:

La ecuanimidad, toma en cuenta una visión equilibrada de la vida del mismo individuo y de las experiencias que este tenga, tomando de manera tranquila lo que se presente, y mostrando actitudes positivas frente a la adversidad.

La perseverancia, es el deseo de seguir adelante al margen de las adversidades, generando un alto deseo de superación y autodisciplina.

Confianza en sí mismo, permite creer en uno mismo y en las capacidades que se posee.

Satisfacción personal, permite entender el motivo de la propia existencia y que se aporta en ella.

Sentirse bien solo, tiene que ver con la libertad, el encontrar el sentido de esta. Nos muestra que somos exclusivos, singulares y valiosos.

Modelo de desafío de Wolin y Wolin (1993). Estos autores postularon que para que la resiliencia tenga lugar, debe suceder que la percepción de riesgo se convierta en desafío y que, ante el daño o la pérdida, emerja la capacidad de afrontamiento y el escudo de la resiliencia. Aseguran que los pilares que favorecen la actitud resiliente son: la introspección, la independencia, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor, la creatividad y la moralidad.

Modelo de patrones de Polk (1997). Esta autora elaboró veintiséis patrones que luego redujo a cuatro, y que identificó como esenciales para que, fomentándolos y combinándolos entre ellos, el sujeto logre desarrollar conductas resilientes:

El patrón disposicional. Atributos físicos (constitucionales y genéticos) como la inteligencia, la salud y el temperamento. Atributos psicológicos relacionados con el ego, las competencias personales y los núcleos de la personalidad.

El patrón relacional. Características de los roles y relaciones, incluye los aspectos intrínsecos, como dar sentido a las experiencias, capacidad de identificar y relacionarse con modelos positivos y buscar relaciones de confianza. Aspectos extrínsecos como las relaciones de confianza y una amplia red social.

El patrón situacional. Habilidad de valoración cognitiva, en la solución de problemas y atributos que indican una capacidad para la acción. Capacidad flexible de hacer evaluaciones realistas de la propia capacidad para actuar y de las expectativas o consecuencias de esa acción. Cualidades como la perseverancia, la búsqueda de novedad, la curiosidad, una naturaleza exploratoria y la creatividad.

El patrón filosófico. Creencias personales como el autoconocimiento, el positivismo y la reflexión sobre uno mismo y los eventos son importantes. Creencia de hallar un significado positivo en las experiencias, de que la vida vale la pena y tiene sentido.

Dentro de esta escuela, ha habido varias aportaciones para conseguir conceptualizar y operativizar el concepto de resiliencia. Luthar et al. (2000) identifican tres componentes para definirla y poder diseñar programas de intervención para promoverla, qué se entiende como adversidad o riesgo; cómo se sucede la adaptación positiva o cómo se supera la adversidad; y cuál es el proceso que influye sobre el desarrollo humano y su dinámica en los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales.

Masten (2001) ha calificado la resiliencia como “*magia ordinaria*”, asegurando que emerge de manera natural cuando la dinámica con el entorno es propicia. Asegura que esta certeza ha dado a la investigación en torno al tema un carácter más optimista, ya que se ha renunciado a la expectativa de encontrar características raras o extraordinarias en quienes parecen solventar mejor las adversidades. Esta autora asegura que la resiliencia está presente en cada persona y otorga las herramientas necesarias ante las adversidades. Distingue tres grupos, los individuos que, en situación de riesgo, muestran mejores resultados de lo esperado; las personas que mantienen una adaptación positiva a pesar de la aparición de las experiencias estresantes; y quienes tienen una buena recuperación del riesgo. Posteriormente, Masten y

Reed (2002, citados en Sorza, 2010) observan dos criterios de análisis, las amenazas a los buenos resultados de desarrollo y el estudio de los recursos y factores protectores. Propusieron analizar la combinación de las características personales y del ambiente, para así entender mejor el resultado del afrontamiento, las características de cada interacción y su grado de adaptabilidad. En este análisis se contemplarían cuatro grandes aspectos: las cualidades o recursos personales, los recursos disponibles, los factores protectores y, por último, los procesos protectores.

En lo relativo a los campos de investigación, Masten, Best y Garmezy (1990, citados en Theis, 2003) distinguieron tres fenómenos distintos: desarrollarse de forma positiva a pesar de la experiencia de un ambiente de algo riesgo, tener competencias constantes ante situaciones de estrés agudo o crónico, y sanar de un trauma.

Existe también una escuela latinoamericana emergente en el estudio de la resiliencia. Sus principales exponentes, formadores y divulgadores son autores como Balegno, Colmenares, Villalobos, Suárez y Melillo. Esta escuela se centra especialmente en cómo los grupos humanos y comunidades hacen frente a la adversidad, en medio de las condiciones socioeconómicas, los movimientos militares y políticos y las catástrofes naturales que les afectan.

En estas experiencias se destaca el desarrollo interactivo entre las características/factores resilientes de las personas y la importancia del vínculo positivo con sus iguales. El concepto de resiliencia es aplicable a la educación, la salud, la familia y la comunidad en cualquier etapa del ciclo vital humano. Se potencia a través de “programas que promuevan y refuercen sus características resilientes” (Melillo, 2001, citado en Ortega y Mijares, 2018, p. 36).

Desde este enfoque colectivo de la resiliencia, Suárez (2001, citado en Ortega y Mijares, 2018, p. 37) asegura que esta va “de los atributos de los individuos a las condiciones colectivas de grupos humanos o sociedades para enfrentar las adversidades y buscar en conjunto el logro de su bienestar”. Este autor alerta del peligro del llamado malinchismo (todo lo extranjero es mejor), el autoritarismo, el fatalismo y la corrupción, y adopta el marco referencial de la escuela francesa de resiliencia y los pilares de la resiliencia de Wolin y Wolin (1993): la autoestima colectiva, la identidad cultural, el humor social, la adecuada gestión gubernamental, y la espiritualidad (Ortega y Mijares, 2018).

Melillo y Suárez (2001, citados en Sorza, 2010) identifican tres generaciones en el estudio de la resiliencia: una primera donde planteaban la resiliencia como una característica individual (rasgos genéticos de niños invulnerables); una segunda, donde la resiliencia es dinámica y comunitaria; y una tercera, donde se identifica como una característica susceptible de ser promocionada.

En Latinoamérica toma fuerza el concepto de la resiliencia como proceso, el cual puede ser promovido y desarrollado. Este modelo implica tanto una resistencia ante la destrucción como una flexibilidad para la reconstrucción a pesar de un medio adverso; y enfatiza tanto en sus elementos y las relaciones entre éstos, como en la posición interactuante del individuo ante el mundo (Melillo y Suarez, 2001, citados en Cifre y Navarro, 2013).

En lo que podemos denominar la escuela europea, los primeros investigadores fueron los británicos Bowlby y Rutter. Este último aseguró que adversidad es un riesgo que se convierte en desafío y la experiencia en aprendizaje (Rutter, 1999). Los siguientes interesados en la materia fueron los franceses, quienes encontraron dos cuestiones a resolver (Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Por un lado, clarificar el concepto de resiliencia, y por el otro, la

connotación “desechable” de *usar y tirar* que estaba implícita en muchas propuestas americanas dentro del ámbito de la investigación de la psicología, especialmente las de carácter conductista.

Con la primera cuestión, comenzaron por diferenciar el concepto de resiliencia de los ya superados de “invulnerabilidad”, “rígida resistencia” y “afrentamiento” americanos. Constataron que, aunque el estudio del concepto es reciente, parece que la idea de fondo ya existía hace mucho tiempo y, que es “sin duda tan vieja como la humanidad” (Vanistendael, 1994, citado en Theis, 2003, p.45). Con la segunda cuestión, revisando toda la literatura que existía en inglés, que era casi toda la disponible, constataron que el tema de la resiliencia se aborda desde una visión ambientalista no determinista, e insisten especial y constantemente en la importancia de las personas afectuosas como uno de sus componentes esenciales (Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Comprobaron que el desarrollo de la investigación en resiliencia en el continente americano ha ido poniendo de relieve que los valores y las actitudes de la cultura, no solo influyen en el grado de resiliencia, sino que la cultura determina también el concepto de resiliencia en sí mismo. Por tanto, es importante reconocer la trayectoria específica de la resiliencia de cada grupo, dado que toda cultura tiene una forma especial de expresar y tratar las metáforas de la angustia (Cohler et al., 1995, citados en Luthar y Cicchetti, 2000).

Aunque el término no aparezca en el tratado francés de paidopsiquiatría de Lebovici, Diatkine y Soulé (1995, citado en Theis, 2003, p.49), la resiliencia está en él con otro nombre: recursos. Literalmente, “...A la vulnerabilidad opondremos el concepto de recurso: recurso psicológico inmediatamente disponible, o capacidad que podría activarse ante una situación o gracias a una acción preventiva” (Petit, Lalou-Moatti y Clervoy 1999, citados en Theis, 2003, p.49).

Para Gianfrancesco (2003), el sentido otorgado a la adversidad no se queda en el mero síntoma, sino que, mediante ella, la persona se construye a sí misma. Realiza un estudio de varias autobiografías a partir de obras de la literatura clásica. En ellas, los personajes centrales, desde su infancia, viven situaciones críticas. Encuentra en las narraciones tres posiciones frente a la adversidad (Ortega y Mijares, 2018):

- La adversidad vivida no impide un futuro.
- La vivencia de la adversidad permanece a lo largo del tiempo, lo cual permite ser empático con otras personas que padecen situaciones similares.
- La adversidad es una impulsora hacia el futuro.

Vanistendael, en su análisis de la resiliencia del niño refugiado, identifica la resiliencia familiar y comunitaria como fuente principal de las fuerzas del niño. Concluye que “reforzar la resiliencia del niño no solo implica una intervención centrada en sus necesidades como individuo, por medio de terapias, grupos de expresión, apoyo escolar, etc., sino también reforzar la resiliencia de los padres y de la comunidad (Enrensaft y Tousignant, 2003 p.163). Para este autor (Vanistendael, 1994, citado en García-Maroto et al., 2015) la resiliencia está asociada a dos factores:

- la capacidad que tiene la persona de continuar integra y sana a pesar de las situaciones estresantes y dificultades en las que se halla y,
- la obtención de resultados beneficiosos y el desarrollo de un crecimiento personal a partir de dichas situaciones.

Asegura que la interacción entre la persona y su entorno es el elemento esencial (Vanistendael, 2003). La resiliencia es una capacidad latente generadora de desarrollo humano, personal o grupal, es un proceso que surge ante la adversidad. Este autor hace eco de lo

expresado por Cyrulnik (1999), quien introduce el término “*tutor de desarrollo*” o “*tutor de resiliencia*”, que indica precisamente a esa persona – profesional y otras muchas veces, un particular no experto- que cree de verdad en el niño, lo acepta y, en algún periodo, tiene un papel clave en el acompañamiento de su desarrollo. También introduce la expresión “tejer la vida” (*tricoter la vie*), imagen compatible con el desarrollo de estrategias de resiliencia y que evoca, a la vez, la reconstitución del tejido social (Vanistendael, 2003. p.234).

Vanistendael y Lecomte (2006) establecen los factores básicos que permiten la resiliencia, como son la red de ayuda social, el sentido de la vida, las aptitudes y el sentimiento de control, la autoestima y el sentido del humor. Afirman que la adversidad forma parte de la vida, que es necesario otorgarle significado, elaborar explicaciones y planificar acciones para poder superarla, se presente como adversidad cotidiana (Grotberg, 2006; Vanistendael, 2003) o como un trauma (Masten, 2001). Para Theis, “El cambio es inevitable; el cambio siempre entraña un riesgo; el riesgo psicológico es una situación sobredeterminada o plurideterminada que refleja la complejidad del hombre en interacción con su ambiente...la resiliencia lleva a una metamorfosis del individuo” (Theis, 2003, p. 47-53), y cita a estos autores:

Ser resiliente no significa recuperarse (*rebondir*) en el sentido estricto de la palabra, sino crecer hacia algo nuevo... volver (*recondir*) a un estado inicial es ahora imposible, más bien hay que saltar (*bondir*) adelante, abrir puertas, sin negar el pasado doloroso, pero superándolo. (Vanistendael y Lecomte, 2002, citados en Theis, p. 53)

Esta escuela afirma que la observación e investigación son indisolubles para estudiar un fenómeno tan complejo como la resiliencia. Vanistendael y Lecomte (2002, citados en Manciaux y Lecomte et al., 2003), por un lado, aseguran que por sí sola la investigación

científica no permite explicarla y, por otro lado, que la observación no deja probar el concepto. Ambas tienen límites, y los reflejaron del modo que figura en la tabla 10.

Tabla 10

Limitaciones de la Observación y la Investigación Científica en el Estudio de la Resiliencia

Acción	Método científico
Los enfoques no científicos pueden ser importantes	Hace falta un enfoque científico
Menos especializada	Más especializada
El conocimiento que no se aplica no vale mucho	El conocimiento tiene valor por el mismo
Para actuar no hace falta saberlo todo	Nunca se sabe demasiado
Aunque no se sepa lo bastante hay que tomar decisiones	La insuficiencia del conocimiento exige investigaciones complementarias
Prima el aspecto operativo	Prima el aspecto conceptual
Investigación de variables de observación	Investigación de variables explicativas
El pensamiento estratégico domina	Domina la explicación

Vanistendael y Lecomte 2002. Recuperado de Manciaux y Lecomte et al., 2003 p. 316

Estos mismos autores señalan lo difícil que es precisar y diferenciar los factores de protección y los factores de riesgo, incluso su carácter binario en muchas ocasiones. Indican que no se debe ignorar la complejidad del tema, tal y como consta en la tabla 11, donde se refleja las intersecciones de los dos elementos esenciales del análisis de la resiliencia.

Tabla 11

Factores de Riesgo y de Protección en Resiliencia

Riesgo		Oportunidad	
Fuerza	Aísla y crea arrogancia	Autonomía	Hace de forma independiente, a la vez que mantiene la relación con los demás
Debilidad	Si no se asume, hace difícil funcionar bien	Vulnerabilidad	Asumida, ayuda a sentirse aceptado

Vanistendael y Lecomte, 2002. Recuperado de Manciaux y Lecomte et al., 2003, p.311

Para Manciaux (2004) y Lecomte y Manciaux (2003) la resiliencia implica un proyecto de vida. Estos autores aseguran que la persona o la comunidad dinamizan sus propios recursos y desarrollan potencialidades de las cuales no tenían conocimiento. Afirman que la resiliencia:

- Nunca es absoluta, total, lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto;
- Varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida; puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.

Esta escuela afirma que incluso una resiliencia excelente, que permitiera una buenísima adaptación social, no evitaría pagar un precio, un sufrimiento oculto (Tomkiewicz, 2003). Por ejemplo, Bourguignon (2000, citado en Theis, 2003) señala algunos de esos precios, según la estrategia de la resiliencia adoptada, negar las dificultades estorba el buscar ayuda, y buscar amigos puede conllevar ser vulnerable al rechazo y a la pérdida de los objetos de amor.

Cyrulnik, Manciaux, Vanistendael y Lösel consideran la adversidad como algo cotidiano, ligado a un trauma o a una inmensa desgracia superable (Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Estos investigadores aseguran que, aunque los niños sean una población idónea para estudiar y potenciar la resiliencia, no será hasta que se elabore, reflexione y reconstruya esa realidad traumática cuando se pueda identificar la resiliencia en sí. Theis (2003) pone de relieve que lo realmente importante es el concepto de reconstrucción positiva, la capacidad de tirar adelante, y cita a Cyrulnik:

La resiliencia es un tejido de punto (*tricot*) que une una lana desarrollable a otra afectiva y social... es una labor de punto (*maillage*). Todos estamos obligados a hacer punto de nosotros y nuestros encuentros, en nuestros medios afectivos y sociales. (Cyrulnik, 1999, citado en Theis, 2003, p. 53)

La Dra. Grotberg, aunque americana de nacimiento, ha realizado un gran avance en el estudio de la resiliencia en Europa, mediante su proyecto coordinado desde Países Bajos con

la Fundación Bernard Van Leer (Grotberg, 1995) y llevado a cabo en países en vías de desarrollo de Europa del Este y América Latina. Para esta autora, los pilares de la resiliencia son la confianza, la autonomía, la iniciativa, la aplicación o competencia, y la identidad. Su modelo se basa en la teoría del desarrollo de Erikson y asegura que la resiliencia puede ser conservada a lo largo de la vida, y le atribuye la capacidad para enfrentar las adversidades y promocionar la salud mental y emocional de los individuos (Grotberg, 1996, citada en Castro y Morales, 2014). Para Grotberg (1995, p.7) se trata de una “capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad impedir, disminuir o supera los efectos nocivos de la adversidad”.

Esta autora señala que es especialmente en la infancia donde la resiliencia se puede desarrollar. Sin embargo, desarrollarla o potenciarla a cualquier edad prepara un terreno favorable al surgimiento de la resiliencia en una triple dirección (Ortega y Mijares, 2018): superar la adversidad, prepararse para afrontar las vicisitudes venideras, es decir, una orientación preventiva y proactiva, y finalmente, aprender de las adversidades.

Según Grotberg (2001), esta capacidad humana para enfrentarse, superarse e incluso ser transformado por las experiencias de adversidad, se llega a hacer posible mediante la interacción dinámica entre lo social (yo tengo), las habilidades (yo puedo) y la fortaleza interna (yo soy y yo estoy). Dichos aspectos se detallan en tabla 12.

En España, Becoña (2006) menciona que, para desarrollar la resiliencia, entre otras circunstancias y cualidades, deben aparecer ciertas habilidades que son susceptibles de ser desarrolladas, dar sentido a las experiencias, identificarse y relacionarse con modelos positivos, tener confianza en las relaciones, tener habilidades de solución de problemas, la flexibilidad y la perseverancia.

Tabla 12*Factores de Resiliencia*

Apoyo externo	“Yo tengo”	<ul style="list-style-type: none"> • Personas dentro y fuera de mi grupo familiar en las que puedo confiar y me quieren incondicionalmente • Personas que me ayudan a poner límites en mi comportamiento si éste es problemático o peligroso • Personas que me enseñan maneras correctas de hacer las cosas, son buenos modelos a imitar • Personas que me alientan a ser autónomo e independiente • Personas que me ayudan si estoy enfermo, en peligro, o si necesito aprender
Fuerza interior	“Yo soy/ yo estoy”	<ul style="list-style-type: none"> • Una persona que puede gustar y ser amada por los demás • Encantado de ser agradable y mostrarme predispuesto • Respetuoso de mí mismo y de los demás • Dispuesto a ser responsable de lo que hago • Confiado de que las cosas irán bien
Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos	“Yo puedo”	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con otros de las cosas que me asustan o me molestan • Encontrar maneras de enfrentar los problemas que tengo • Controlarme a mí mismo cuando siento que estoy haciendo algo incorrecto o peligroso • Decidir cuándo es un buen momento para hablar con alguien o tomar alguna acción • Encontrar a alguien para ayudarme cuando lo necesito

Elaboración y traducción propia basado en Grotberg (2001)

Modelo de los círculos resilientes

Tomando como referencia la escuela francesa de resiliencia, se ha elaborado para el presente estudio un modelo teórico denominado *círculos resilientes*. Este modelo resalta la idea de que en la resiliencia no es suficiente con sobrevivir, en el proceso debe desarrollarse una benignidad consigo mismo, un estado que permita crecer, fortalecerse, generar herramientas, ser efectivo, ajustado y coherente en el proceso de adaptación vital y social. Este modelo entiende la resiliencia como una dínamo que se retroalimenta en el ámbito interno y externo del individuo.

Por un lado, en el ámbito externo, este modelo entiende la red social que rodea al paciente como un conjunto de *círculos concéntricos interrelacionales*, que van de más a menos

cercanos/íntimos/importantes. En cada uno de estos círculos se ubican las personas con las que se relaciona en tres ámbitos: la familiar, la comunidad y el institucional/gubernamental. Los integrantes de cada uno de estos ámbitos pueden estar en diferentes niveles de cercanía, y ocupar círculos de más o menos intimidad/importancia en un momento determinado de la vida de un sujeto. Igualmente, los círculos son permeables a lo largo del tiempo, las personas que le rodean pueden desplazarse de un círculo a otro y pasar a ser más o menos cercano/íntimo/importante. Esta permeabilidad se agita aún más en momentos de crisis y de cambios vitales.

En los *círculos concéntricos interrelacionales* más íntimos/cercanos/importantes puede estar incluidos la pareja, miembros de la familia nuclear, miembros de la familia de origen o de la familia extensa y/o algunos amigos. En este nivel de cercanía también se pueden encontrar algunos agentes de la comunidad, como es el caso de docentes, personal de atención clínico/terapéutica o religiosos, por ejemplo. En los *círculos concéntricos interrelacionales* más lejanos, se encuentran los miembros de la comunidad, que con una mayor lejanía se relacionan con el sujeto como parte de la red social que comparte espacios, valores e intereses, así como los estamentos institucionales y gubernamentales que tienen la responsabilidad de velar por el estado de bienestar de la comunidad.

Con las personas que ocupan los niveles de mayor cercanía, el sujeto experimenta de forma mutua, mayor nivel de compromiso y exigencia. Por un lado, siente un mayor apego, pero por el otro, también puede aparecer miedo al conflicto y a la pérdida. En estos niveles, a lo largo del tiempo y sobre todo cuando se atraviesa una crisis vital, se hacen necesarios reajustes en las características de la relación, las expectativas mutuas, las habilidades comunicativas, por ejemplo. Estos cambios suelen ser fuente de conflicto entre quienes tienen

fuertes lazos emocionales, y comparten afectos y experiencias cotidianas. Las expresiones de emociones negativas pueden ser difícilmente aceptables en esta cercanía, por la dificultad de drenar su peso emocional en conjunto con alguien importante para el sujeto, pueden ser indeseables y difíciles de manejar. En cambio, suelen repercutir menos en la relación mantenida con aquellos miembros de la red ubicados en círculos concéntricos más lejanos, que son menos íntimos y menos importantes.

Este nivel de más o menos cercanía tiene un efecto directamente proporcional en lo que este modelo denomina *círculos internos de resiliencia*, en los cuales se identifican tres diadas: Confianza/Competencia, Intimidad/Fortaleza y Flexibilidad/Adaptación. Estas diadas corresponden a las características personales que, una vez activadas, se fomentan e incrementan mutuamente, convirtiéndose en la base interna del fomento de la resiliencia.

Confianza/Competencia. El factor de la resiliencia denominado competencia, está relacionado con la confianza que el sujeto tiene en sus posibilidades y capacidades de llevar a término las metas cotidianas. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia (Acosta et al., 2008). La capacidad de interpretar de forma compasiva los logros alcanzados en el afrontamiento de circunstancias adversas en su vida diaria, en vez de la autoexigencia desmedida o tiránica, genera una sensación de mayor eficiencia y menor frustración, genera mayor confianza en sí mismo e incrementa el nivel de competencia personal: la confianza ayuda a adquirir competencias y la competencia fomenta la confianza.

Intimidad/Fortaleza. Esta diada se encuentra en el centro del modelo porque entiende que es el mismo núcleo de la resiliencia, ya que es el dínamo que une los círculos internos con los externos. El nivel de intimidad refleja la autenticidad del vínculo con el otro. Cuando un

sujeto se siente unido emocionalmente a otra persona y abierto a compartir con ella, supera la vulnerabilidad de sentirse sólo ante el mundo y sus exigencias. Esta oportunidad implica igualmente el riesgo de experimentar frustración y decepción, pero al mismo tiempo, trenzar intimidad con algunos sujetos de nuestros *círculos concéntricos interrelacionales* más cercanos ofrece la oportunidad de crecer en tolerancia a la diferencia, recibir retroalimentaciones constructivas, y sobre todo, la fortaleza de sentirse aceptado y apoyado, es decir, reconocer en el otro el papel de *tutor de resiliencia* (Cyrulnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003), condición necesaria para desarrollar la resiliencia: la intimidad fortalece la red, y la red fortalece los lazos de intimidad.

Flexibilidad/Adaptación. Se ha relacionado la resiliencia con la adaptabilidad, que es la capacidad de un individuo para responder a situaciones mediante el uso de energía para modificar el entorno interno o externo, de modo que consiga sobrevivir, cuidarse a sí mismo y crecer o desarrollarse. Esta adaptabilidad se logra a través de la flexibilidad y, ambas serían componentes de la resiliencia (Mansfield, Beltman, Price y McConney, 2012), lo que, a su vez, estaría relacionado con el factor de la resiliencia denominado aceptación. Eisenberg et al. (2004) relacionan la baja resiliencia con un nivel bajo de flexibilidad, inhabilidad para responder a las circunstancias cambiantes, tendencia a perseverar y dificultad para recuperar después de una experiencia difícil. Para aceptar el carácter cambiante de la vida que implica dolor, malestar y pérdida, se necesita grandes dosis de flexibilidad y adaptabilidad. Contando con estas dos características se cierra un círculo resiliente, cuanta más flexibilidad más adaptación, y cuanta más adaptación, más flexibilidad.

Finalmente, incrementando la resiliencia individual, se fortalecen puntos generadores de resiliencia en toda la red social, ya que el concepto bidireccional de la resiliencia implica la

afectación mutua entre el sujeto y su entorno. Una persona resiliente genera resiliencia a su alrededor, convirtiéndose él mismo en *tutor de resiliencia* (Cyrulnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003) para los miembros de su red. Cada relación resiliente expande la red y la fortalece. La activación de los *círculos internos de resiliencia* dentro de los *círculos concéntricos interrelacionales*, se convierte en una dínamo que se retroalimenta. Al incrementar el nivel de resiliencia en el sujeto, los *círculos concéntricos interrelacionales* son potencialmente fortalecidos, y viceversa, al encontrarse en un medio resiliente, el sujeto se fortalece igualmente en resiliencia, como se aprecia en la figura 7.

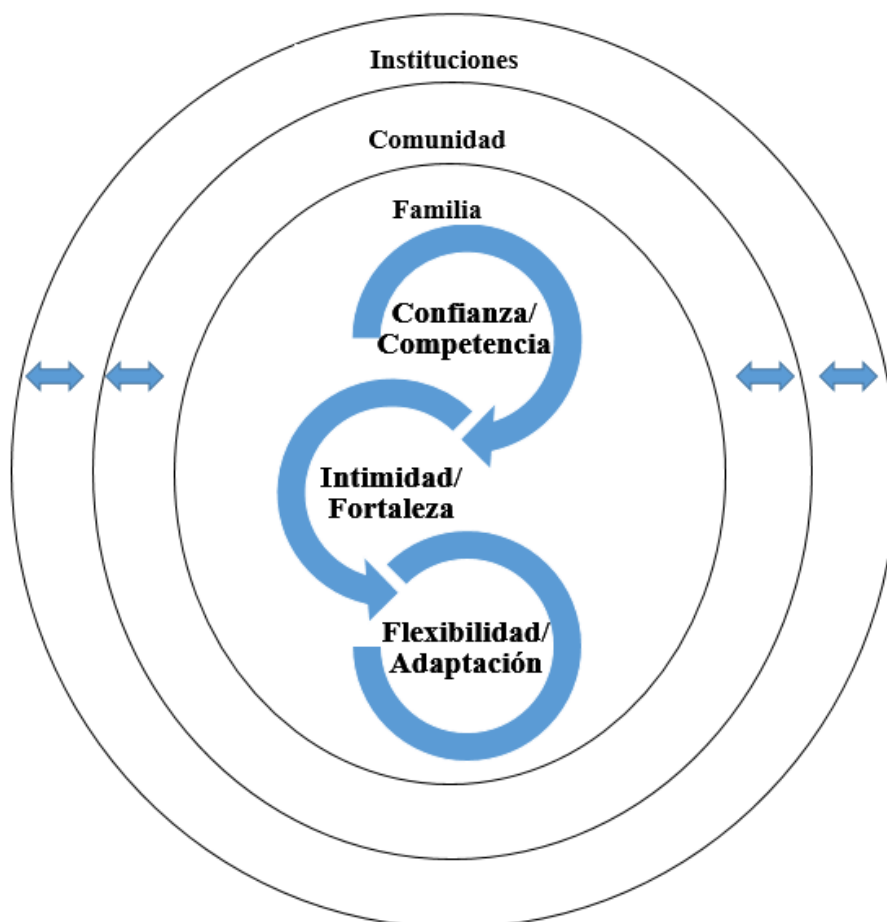


Figura 7. Modelo de círculos resilientes que incluyen los círculos concéntricos interrelacionales y círculos resilientes internos. Elaboración propia.

3.4.5. La Resiliencia en Pacientes Oncológicos. En el ámbito de las enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades reumáticas, esclerosis múltiple, incontinencia urinaria, cáncer, SIDA y enfermedades infecciosas), las investigaciones señalan el papel favorecedor de la recuperación y modulador del malestar que tienen variables como el apoyo social, las creencias espirituales, tener propósito en la vida, los afectos positivos (Kennedy, Tellegen, Kennedy y Havernick, 1976; Mattsson, Ringner, Ljungman y Von Essen, 2007; Maurice-Stam, Grootenhuis, Caron y Last, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2010, 2011; Rodríguez et al., 2005; Sundberg, Lampic, Björk, Arvidson y Wettergren, 2009) y, la resiliencia (Bletzer, 2007; Bonanno, 2004; Broche y Ricardo, 2011; Trivedi, Bosworth y Jackson 2011; Vera et al., 2006; Yi, Vitalino, Smith, Yi y Winger, 2008; Zautra, 2008).

El cáncer ya era considerado por Grotberg (1995) como una de las adversidades que ponen en juego el desarrollo de la resiliencia. La investigación de esta capacidad en pacientes oncológicos va en aumento, y ya se cuenta con varias revisiones (Broche y Ricardo, 2011; Fernandes, Teva y Bermúdez, 2015). Han sido de especial interés para los investigadores aquellos casos en los que el paciente, con o sin acompañamiento profesional psicológico, consigue minimizar el impacto de ser diagnosticado y tratado por algún tipo de cáncer, sin desarrollar ningún trastorno y logrando conservar un nivel de calidad de vida satisfactorio durante y después del proceso de enfermedad.

Los pacientes oncológicos se enfrentan a situaciones como la discapacidad, la mutilación, el aislamiento, el estigma social, el cambio o pérdida de estatus social, laboral o familiar, y el rechazo de parte de su red de apoyo (Barbosa, 2005; González Arratia et al., 2011; Grau, 2002; Kern de Castro y Moreno, 2007). Durà e Ibáñez (2000) mencionan que entre

el 34 y 44% necesitan ayuda por problemas clínicos y que, de ese porcentaje, solo el 18% muestran síntomas clínicos significativos; la ansiedad y la depresión son los síntomas más frecuentes (Mate, Hollentein y Gil, 2004). También son frecuentes la ingesta continuada de psicofármacos y dificultades para su reinserción sociolaboral tras la enfermedad. Este camino puede más o menos largo, va desde unos meses al resto de la vida, y se debe aprender a vivir con esta condición, con las consecuencias de la enfermedad y de los tratamientos, con el efecto social-afectivo-laboral que esto conlleva y con lo que se puede considerar una espada de Damocles sobre su cabeza: la posibilidad inminente de enfrentarse a una recidiva y perder la vida.

Por ello, durante todo el proceso, tras el diagnóstico, tras el tratamiento, tras el alta clínica o ante el final de su vida, los pacientes activan estrategias y buscan recursos para superar los retos a los que se enfrentan, teniendo como resultado el desarrollo más o menos efectivo de actitudes resilientes durante todo el proceso de la enfermedad. Emerge la posibilidad real de la transformación profunda que plantea la resiliencia, la de una evolución y vertebración de su propia historia vital (Cyrułnik, 2004). Lecomte (2003), afirma que ser resiliente no significa volver a empezar de cero, sino aprender de la experiencia y sacar de ella lecciones de vida; no significa dejar atrás al cáncer como una experiencia pasada sin digerir. Poner el énfasis en facilitar este proceso, en vez de evitarlo o aliviarlo precipitadamente, no es tarea sencilla, ya que aquí los psicooncólogos se encuentran con la misma disyuntiva que se encuentra cualquier médico ante la evidencia de la muerte: el posible fracaso de su actuación. Con la ventaja de que, fenómenos como el de la resiliencia, aseguran que se puede ayudar al paciente a conseguir la máxima recuperación de una calidad de vida satisfactoria, una que incluya los posibles beneficios de la experiencia que les ha tocado vivir.

Los estudios en población oncológica muestran que la resiliencia marca la diferencia entre aquellos que son abatidos y demolidos por la enfermedad y aquellos que son transformados positivamente por ella; está relacionada con una mejor calidad de vida, menos trastornos emocionales, menos consecuencias emocionales negativas, cuidarse más y durante más tiempo una vez acabados los tratamientos, mayor capacidad de llevar una vida más saludable y mayor compromiso con su salud (Acinas, 2014; Aspinwall y MacNamara, 2005; Aydin, 2008; Broche y Ricardo, 2011; Cardoso et al., 2018; Cerezo, 2014; Crespo y Rivera, 2012; Pintado y Cruz, 2017; Quiceno y Vinaccia, 2011; Rodríguez, 2017; Scignaro, Barni y Magrin, 2011). El estudio longitudinal de Esparza, Martínez, Leibovich, Campos y Lobo (2015), que contó con una muestra de 156 mujeres supervivientes de cáncer de mama, encontró que tres años después de la finalización de los tratamientos, las pacientes mostraban una estabilidad en sus niveles de resiliencia, lo que demuestra que el proceso resiliente perdura en el tiempo.

En contraposición, hay autores que afirman lo contrario. Álamo et al. (2012) encontraron que la mayoría de los participantes no lograron enriquecer sus vidas de acuerdo con sus experiencias, no lograron encontrar en el proceso de su enfermedad nada potencialmente positivo. Trivedi et al. (2011) plantean que uno de los elementos que hay que tener en cuenta es el paso del tiempo, que en los enfermos crónicos puede producir un desgaste que limita y erosiona la resiliencia.

Mientras se multiplican las publicaciones académicas e informes de organizaciones internacionales sobre la resiliencia, las acciones y la puesta en práctica de su fortalecimiento en la realidad, no consiguen resultados tan efectivos como los esperados (Rebotier et al., 2013). Sin embargo, los estudios realizados arrojan algunos datos a tener en cuenta para el diseño de intervenciones que busquen fomentar el florecimiento de esta capacidad (Hildon,

Montgomery, Blane, Wiggins y Netuveli, 2009), sobre todo en población oncológica (Costanzo, Ryff y Singer, 2009; Hou et al., 2010; Maddi, Brow, Khoshaba y Vaitkus, 2006): otorgar sentido a la experiencia y contar con una red de apoyo.

Con respecto al sentido de la experiencia, las investigaciones concluyen que el ajuste psicológico es mucho más adecuado cuando el paciente oncológico lo encuentra. Estos estudios aseguran que interpretar los sentimientos y las emociones, contribuye a una mejor adaptación a las circunstancias y a lograr una sensación mayor de bienestar general (Cameron et al., 2006; Lieberman y Goldstein, 2006; Pintado-Cucarella, 2013). Cardoso et al. (2018) encontraron en las participantes de su estudio que la resiliencia les permitió superar la experiencia oncológica (adversa, crítica y estresante), y que además de suponerles desafíos, sufrimiento y angustia, les permitió encontrar nuevos significados para las dificultades experimentadas y fortalecerse con ellas.

Con respecto al segundo elemento, la red de apoyo del paciente oncológico al completo se ve afectada tras el diagnóstico, y a su vez, todos son parte de los recursos disponibles para poder afrontarlo, desde los círculos sociales más íntimos, hasta las instituciones. La percepción del apoyo social correlaciona con la resiliencia (Baca, 2014); la aceptación de la enfermedad por parte del paciente secundado de la familia contribuye al primer paso hacia la resiliencia (Verdesoto et al., 2018); la iglesia como recurso social de apoyo, ha ejercido un papel importante dentro de las comunidades como promotor de resiliencia y espiritualidad (Baldwin, 1992, citado en Castro y Morales, 2014); los amigos cercanos proporcionan soporte y contención emocional (Baca, 2014).

Broche y Ricardo (2011) aseguran que los comportamientos resilientes son característicos en pacientes cuyo apoyo social se basa en relaciones constructivas y empáticas,

que se alejan de las interacciones lastimosas y minusvalorantes, y no siempre se tienen relaciones sociales de este tipo. Estos autores aseguran que a pesar de que la familia es catalizadora y facilitadora del proceso resiliente (Garassini, 2008), el enfermo resiliente no ha aprendido solamente a lidiar con su enfermedad, sino también con sus semejantes y viceversa. Estos autores señalan que el apoyo social puede ser un lastre o puede ser un verdadero sostén, debe equilibrarse y compensarse constantemente, en cada fase de la enfermedad y con cada miembro de la red. Flach (1988, citado en Ehrensaft y Tousignant, 2003) asegura que son los puntos de bifurcación los que, potencialmente, permiten el crecimiento y el enriquecimiento de las relaciones familiares, y también son capaces de causar su disolución.

Por ejemplo, en una familia cuya madre muere de cáncer, los miembros que sobreviven pueden aislarse mutuamente en su duelo; pero también pueden hacer de la situación una ocasión para aumentar su solidaridad, comunicarse más y salir de ella más unidos, más maduros, en suma, para formar una entidad familiar más resiliente. La familia resiliente se define, pues, como aquella que logra entender que los sucesos de la vida son parte de un proceso continuo y constructivo de perturbaciones y de consolidaciones. (Ehrensaft y Tousignant, 2003, p. 162)

La dimensión interpersonal y la trascendental correlacionan positivamente con la resiliencia. El ser humano muestra la necesidad de conectarse con los demás y de trascender; esta conexión, junto a la necesidad de sentido, tiene una repercusión positiva que les facilita el afrontamiento de toda la problemática asociada a la enfermedad y el final de vida (Leipold y Greve, 2009; Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega, 2011). La espiritualidad se convertiría en un tercer elemento a tener en cuenta en el diseño de intervenciones que busquen fomentar la resiliencia en población oncológica. Se ha demostrado que existe una correlación entre la

espiritualidad y la resiliencia (Krikorian y Limonero, 2012; McClain, Rosenfeld y Breitbart, 2003). El malestar espiritual es frecuente en los pacientes oncológicos y está relacionado con síntomas depresivos, con un deficiente control del dolor y con un empeoramiento del estado físico (Delgado-Guay et al., 2011). Tradicionalmente se ha reconocido la estrecha relación entre ambas, llegando a afirmar que la espiritualidad sería un factor de la resiliencia (Redondo, Ibáñez y Barbas, 2017).

El paciente oncológico en fase paliativa se enfrenta a diferentes situaciones estresantes que suponen grandes pérdidas: la autonomía, la salud y finalmente la vida. Las cuestiones sobre el sentido de la vida suelen aflorar en estos momentos límite, acompañados de intenso sufrimiento. El psicooncólogo facilita el proceso de búsqueda de sentido a la existencia y al sufrimiento experimentado, acompaña al paciente a revisar su biografía y a elaborar un legado para sus allegados (Breitbart, 2002). Las intervenciones son más efectivas cuando se pone el foco en la potenciación de recursos de afrontamiento y en favorecer la capacidad de control del paciente (Bayés 2006). Ayudarles a conectar con su espiritualidad les ayuda a conectar con su propio sentido vital (Bayés, 2004).

En estos tres elementos (búsqueda de sentido, apoyo social y espiritualidad) se debe basar la investigación sobre programas promotores de la resiliencia en población oncológica. Ha llegado a considerarse tan importante esta labor que, por ejemplo, Fernandes, Teva y Bermúdez (2015, p. 264) recomiendan que “en los programas de salud se considere el papel de la resiliencia en el pronóstico clínico tras las enfermedades”. Como afirma Muñoz-Silva (2012), conocer aquello que promueve la resiliencia es un elemento clave a la hora de elaborar intervenciones sociales. Entrenar en habilidades resilientes supondría un gran paso para el

afrontamiento del cáncer (García-Maroto et al., 2015). Carver destaca la importancia de la investigación alrededor de la resiliencia:

La posibilidad de incrementar los niveles de resiliencia y de crecimiento, tras pasar por situaciones adversas es aún una gran incógnita para la psicología. De hecho, si somos capaces de entender cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de las experiencias dolorosas y somos capaces de enseñar esta habilidad, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables (Carver, 1998, p. 263).

En anteriores investigaciones se ha demostrado que la resiliencia otorga una carga potente de herramientas que compensan y transforman este malestar en la mejor calidad de vida posible (García y Rincón, 2011; Ochoa et al., 2013; Pintado-Cucarella, 2013; Taylor et al., 1984; Urcuyo et al., 2005; Vázquez y Castilla, 2007); se relaciona con un menor índice de secuelas psicológicas graves (Grotberg, 1996, citada por Castro y Morales, 2014); y una mayor capacidad de encontrar beneficios tras superar la enfermedad (Collins y Taylor, 1990; Kucukkaya, 2010; Martins da Silva, Moreira y Canavarro, 2011; Mols, Vingerhoets, Coebergh y Van de Poll-Franse, 2009; Tallman, Almaier y García, 2007; Vinaccia et al., 2007; Pinquart, Frohlich y Silbereisen, 2007).

3.5. Programa RED: *Resiliencia En Desarrollo*

El tipo de intervención terapéutica diseñada para este estudio tiene dos bases fundamentales: a) las propuestas de Gil Moncayo (2015) quien hace un compendio de herramientas tipo *counselling* para el abordaje de pacientes oncológicos; y b) el modelo de *círculos resilientes* que acoge la conceptualización de la resiliencia ecosistémica y relacional propuesta por la escuela francesa, con los aportes de autores como Cyrulnik, Manciaux, Vanistendael y Lecomte (2003), quienes proponen al terapeuta como *tutor de resiliencia* que

“*teje la vida*” junto al paciente, y el dolor como camino de crecimiento. En el diseño del programa de intervención RED se han incorporado algunas herramientas para la consecución de los objetivos: a) el concepto de *rumiación constructiva* y reparadora de Calhoun y Tedeschi (2004) y las historias de redención de McAdams (2001); b) los principios de la tanatología de Kübler-Ross (1993) que proponen una visión compasiva y flexible de la enfermedad, el dolor y la muerte; c) los ejercicios de atención y respiración consciente que propone el modelo de atención plena; y d) la “*voluntad de sentido*” que propone la logoterapia de Viktor Frankl (2015).

El diseño trata de desarrollar los dos factores de la resiliencia: aceptación y competencia, con un especial énfasis en favorecer la red social como entorno que favorece el desarrollo de la resiliencia, potenciando la flexibilidad y la compasión. La flexibilidad en cuanto la capacidad de integrar nuevos conceptos y perspectivas, derribando estilos rígidos de pensamiento, mediante la evidencia de la relatividad de las certezas, y estimulando el desarrollo del diálogo interno y la capacidad reflexiva que integre nuevos conceptos o la revisión de conceptos aprendidos que puede que no sean actuales ni ajustados a la realidad que está viviendo el paciente. La compasión hacia el reajuste de los límites y capacidades vigentes, propios y de los demás, además del reajuste del yo ideal y yo real.

Se encuadra dentro de la perspectiva fenomenológica humanista. Los pacientes interpretan su vida, sus acciones y sus emociones. Acompañados por una relación terapéutica-paciente caracterizada por la empatía, el respeto, la aceptación y la compasión, esta última entendida etimológicamente: “*com-pasión*” compartir la emoción, sin dejarse arrastrar por ella, pero sí transmitiendo al paciente que está conectado con lo que está sintiendo, que no es algo ajeno, y que tiene la oportunidad y el honor de ponerse en su piel, de sentir lo que él siente y

que, desde allí, se une con él como parte de su red. De la misma forma, se busca fomentar el desarrollo de la compasión del paciente con los que le rodean, remarcando el beneficio obtenido de ver lo que ven los ojos del otro; todo esto le acerca y afianza las alianzas emocionales con su red de apoyo.

Siguiendo a Millon (1999), la metodología de la intervención ha tenido un carácter abierto, flexible e integrador, en el que se da cabida a métodos y técnicas elegidos como consecuencia de una evaluación previa y que son adaptados a lo largo del proceso terapéutico en función de las necesidades y la evolución del paciente. Existe un modelo previo de lo que se pretende trabajar, un mapa que identifica las zonas sensibles que el paciente trae a la terapia, más aquellas áreas que tras la inicial exploración terapéutica se identifican como sensibles para abordar. Este mapa de zonas nos ayuda a identificar cuáles son los temas importantes y los temas urgentes, además de los temas fundamentales que están debajo de los importantes, para no quedar atrapados en los urgentes, o en el síntoma evidente que expresa el paciente.

El diseño del programa RED se basa en la premisa de que aquello que nos duele ha de ser expresado, dando así la oportunidad de elaborarlo con un otro que no juzgue lo que expresamos, y que ejerza una labor de retroalimentación templada y respetuosa que le permita al paciente principalmente dos cosas: conseguir una sensación de alivio al expresar la angustia, e incorporar nuevos elementos de análisis que favorezcan la flexibilidad mental, una vez que el nivel de angustia disminuye tras la expresión.

3.5.1. Conceptos de los que Parte el Programa RED

a) *Concepto de resiliencia.* La propuesta de programas como RED están en consonancia con lo afirmado por Tomkiewick (2003), quien invita a que nuestra percepción

del paciente sea positiva, a descubrir y hacer que surjan los recursos con los que cuenta y ayudarlo a desarrollar su estrategia personal.

El concepto de resiliencia y su medición tiene limitaciones, ya que no hay una distinción clara y operativa entre factores de protección y mecanismos que subyacen a la resiliencia y su desarrollo (Staudinger, Marsiske y Baltes, 1993). Programas como RED aparecen como un intento de aplicar los conocimientos que se tienen del carácter protector de la resiliencia, operativizando el concepto y ampliando el conocimiento que se tiene de la dinámica de su funcionamiento.

El diseño del programa RED ha tenido en cuenta elementos similares a la resiliencia, que han sido expuestos en la teoría de la *salutogenesis* (Antonovsky, 1996), que tiene como principal constructo el sentido de la coherencia. Esta teoría asegura que la persona atraviesa tres procesos: controlar el miedo, otorgar un significado a lo que acontece y comprender la información proveniente del entorno (Dematteis, Grill y Posada, 2012); se relaciona con un buen manejo de los recursos que la persona y su cultura disponen, favoreciendo el afrontamiento a la adversidad de forma adaptativa.

Respondiendo a esta evidencia, el acrónimo del programa fue RED, no solo por el significado de sus siglas (resiliencia en desarrollo) sino por el carácter mismo de una propuesta sistémica de la resiliencia, siempre en red. Como aseguraba Sorza (2010), la importancia de involucrar a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, implementación y evaluación de los programas de intervención.

b) Resiliencia en pacientes oncológicos. La escuela francesa de resiliencia asegura que todos los seres humanos tienen la capacidad innata de desarrollar resiliencia y que esta depende de la dinámica que establezcan con un entorno que les acompañe en el proceso. Al encontrarse

con la oportunidad (indeseada) de sufrir altos niveles de estrés, los pacientes oncológicos son obligados a movilizarse para recuperar la homeostasis, buscando recursos dentro de ellos y en el entorno. Esta corriente de pensamiento asegura que “*el vaso siempre está medio lleno*”, y que no se puede culpabilizar a alguien por ser poco o nada resiliente. Como representantes de esta corriente de pensamiento, Manciaux y Tomkiewicz (2000, citados en Theis, 2003, p.57) aseguran: “la resiliencia nos invita a positivar nuestra mirada al prójimo y a modificar nuestras prácticas, empezando quizás por observar, identificar y usar mejor los recursos de quienes hemos de cuidar”.

Se debe tener en mente que antes de buscar y aceptar una intervención terapéutica como el programa RED, los pacientes ya han hecho un recorrido que se debe tener en cuenta, poseen estilos de afrontamiento más o menos definidos, tienen una historia de sucesos vitales, tienen un estado psicopatológico determinado, conocen de forma intuitiva sus limitaciones y fortalezas, han afrontado un proceso de diagnóstico y han empezado su camino con el cáncer. Schooler (1978, citado en Sandín, 2003) nos recuerda que este proceso de búsqueda de la homeostasis está constantemente en los sujetos, quienes ponen en marcha diariamente recursos por su propia cuenta para aminorar el impacto de los problemas de la vida misma. No podemos obviar este trabajo previo, ya que conforma la materia prima con la que los psicólogos debemos contar para conseguir una intervención más efectiva. La búsqueda de un apoyo psicoterapéutico en estas circunstancias no es un “*no puedo*”, es un “*acompañame a poder mejor*”.

El diseño del programa RED, que busca promocionar resiliencia en una población que en algunos casos presenta condiciones delicadas de salud física, se ha basado en investigaciones como la de Alriksson-Schmidt et al. (2007), sobre adolescentes con problemas

de movilidad, y en los que la resiliencia se manifestó en la generación de un mayor número de características positivas y de recursos sociales, a pesar de estar expuestos a niveles de estrés altos y a condiciones físicas sin posibilidad de mejoría.

c) Orientación en un marco de Counselling. Font y Rodríguez (2007) clasifican el *counselling* como una intervención educativo-informativa, que consiste en proporcionar información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontar los diferentes problemas, dónde obtener qué ayudas, etc. Sin embargo, en el programa RED el *counselling* es utilizado para un objetivo más ambicioso, busca actuar sobre la dinámica resiliente, ajustándose a las circunstancias y necesidades individuales de cada paciente.

El *counselling* ofrece un acompañamiento respetuoso para que el paciente oncológico pueda enfrentarse a la amenaza vital, a la destrucción de su propia identidad, a niveles de estrés máximos y al diseño de una mejor versión de sí mismos. El reto es, además seguir colocando el énfasis en la persona y su experiencia individual, hacer esfuerzos para realizar investigaciones contrastables, continuando así la investigación alrededor del *counselling* y el desarrollo de intervenciones como RED.

El concepto de resiliencia coloca al profesional al lado de a quien ayuda, y al igual que el *counselling*, su base está centrada en la persona, en descubrir los puntos fuertes y los puntos mejorables. El terapeuta no está por encima del paciente, está a su lado, observando, identificando y promoviendo el uso de los recursos que este tiene. Se acompaña a su ritmo y busca optimizar el funcionamiento de sus recursos, respetando sus valores y sus necesidades, mermando el nivel de sufrimiento, dándole la oportunidad de crecer en el enfrentamiento a la enfermedad.

A diferencia de otros tipos de intervenciones, el *counselling* es una forma ajustada y respetuosa de acercarse al paciente; permite acompañarlo y valorar el punto en el que se encuentra, acompasando herramientas terapéuticas al proceso que enfrenta, con su ritmo y sus posibilidades. En este sentido Gannagé (2003, p.141) ya nos advertía: “las prisas del terapeuta porque se hable a menudo hacen difícil oír los relatos de situaciones trágicas”.

El *counselling* también nos permite estar “a salvo” de la cientificidad en el escenario terapéutico, invita al descubrimiento de recursos como el sentido del humor, las experiencias individuales de afrontamiento, los testimonios de vida nos ofrecen una experiencia del profesional en el sentido más amplio (Vanistendael, 2003). El resiliente no quiere hacer ciencia, solo intenta sobrevivir lo mejor posible, y lo hace porque tiene que hacerlo. El papel de terapeuta es el de un observador participante respetuoso, abierto de mente, que promueve y registra los mecanismos utilizados por el paciente que puedan ser útiles para poder hacer ciencia fuera de la consulta, para usarlos y sintetizarlos en programas como RED, un verdadero *tutor de resiliencia*.

Desde las primeras publicaciones de su investigación, Werner (1989, 1992) aseguró que todos los sujetos resilientes tenían por lo menos una persona que los aceptó de forma incondicional, independiente de su temperamento, aspecto físico o inteligencia; contaban con alguien y se sentían reconocidos y valorados. Esto orientó a los teóricos que posteriormente remarcaron la importancia de la mirada que devuelve el *tutor de resiliencia* (Cyrulnik, 1999, citado en Theis, 2003), que siempre debe fomentar un espejo donde el paciente vea la mejor versión de sí mismo en un futuro más o menos inmediato, siempre posible. Este papel de *tutor de resiliencia* puede ser ejercido por un familiar, un docente, un terapeuta (Theis, 2003), lo importante es la conexión a la red de apoyo (Gu y Day, 2007).

Programas como RED no sólo sirven para el desarrollo de la investigación sobre *counselling*, sino que ofrece a los profesionales de la psicooncología herramientas útiles para hacer intervenciones eficaces en la promoción de la resiliencia, consiguiendo así el desarrollo autónomo y eficaz del paciente en cada una de las etapas que tendrá que enfrentar en su largo camino con el cáncer.

d) El dolor como camino de crecimiento. Schroevers et al. (2011) han indicado que las experiencias de cambios positivos y negativos después de un diagnóstico de cáncer son relativamente independientes, es decir, pueden coexistir. Algunos autores aseguran que podría esperarse que ocurra un cierto nivel de negatividad al inicio del manejo de una condición catastrófica de salud como el cáncer, y que esto mismo sirva para manejarla, y después desarrollar un conjunto de actitudes positivas hacia dicha experiencia, bienestar general, tener más fe, sentirse capaces de solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodean, tener menos preocupación por su enfermedad, demostrar más el afecto, darle más significado a su vida, ser más optimistas y sentirse más fuertes (Crespo y Rivera, 2012; Pinguart, Frohlich y Silbereisen, 2007).

Uno de los objetivos del programa RED es conseguir, como se ha visto en las investigaciones mencionadas, transformar la negatividad que puede presentarse al inicio del proceso oncológico, mediante la construcción de historias de redención (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten y Bowman, 2001), que fomenten la percepción de ganancia de experiencias, los valores eudaimónicos y la trascendencia.

Hay autores que aseguran que, en ocasiones, adoptar un pensamiento más negativo, pesimista, o simplemente más realista, puede resultar más adaptativo (Castellano-Tejedor,

2015). Held (2003) usan el término “*tiranía del pensamiento positivo*” y, en este mismo sentido, Holland y Lewis señalan:

Para muchos pacientes, el cáncer es la experiencia más difícil y aterradora a la que se han enfrentado. Todas esas supercherías, que proclaman que si uno no tiene una actitud positiva y está deprimido el tumor crece más rápidamente, invalidan las reacciones naturales y comprensibles de las personas ante algo que amenaza su vida. (Holland y Lewis, 2003, p. 41)

Sería tan incoherente no esperar la coexistencia de emociones negativas y positivas durante el proceso psicooncológico, como esperar que no se necesiten atender y darles espacio tanto a unas como a otras: “*Hay un elefante en la habitación, pero no hablaremos de ello*”. Los pacientes vienen cargados a las consultas de psicoterapia, quieren recibir información que les espere, pero también quieren encontrar un sitio donde poder expresar miedos e incertidumbres que tejen en soledad y en noches de insomnio y que, en muchas ocasiones, no encuentran en su red de apoyo próxima, la empatía suficiente a la hora de mencionarlos.

Socialmente, los pacientes reciben presión, algo igualmente entendible y esperable. Ya lo mencionaba Thoits (1995) cuando ponía el acento en la doble función que cumple la pertenencia social, la protectora y la demandante. Respuestas como “*ya verás que no es nada*”, “*no te pongas así*”, “*yo pensé que tú eras más fuerte*”, “*si lloras es porque estas dejando de luchar*”, se convierten en una tiranía que también pesa en la ecuación diaria que el paciente tiene que hacer internamente. Expresiones angustiosas como estas, se viven como un juicio de valor, generando una presión adicional que obliga a poner en marcha mecanismos de homeostasis interna desgastantes y onerosos, para poder recuperarse de lo que han recibido como un golpe.

e) *Elaboración constructiva del malestar*. No hay que perder de vista que uno de los objetivos (puede que el más importante) del psicólogo sanitario es aliviar el sufrimiento, pero, a veces esta meta se superpone al respeto máximo del ritmo vital de quien lo padece y, sobre todo, de la función que el sufrimiento tiene en procesos como el de la resiliencia. La elaboración constructiva del evento traumático que se ha tenido en cuenta en el diseño del programa RED está relacionada con la “*rumiación constructiva*” que ya mencionaron Tedeschi y Calhoun (2004), quienes aseguran que es un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que ayuda a encontrar una explicación a lo ocurrido. El examen voluntario de las experiencias vividas por aquellos que viven experiencias traumáticas, les permite dar un sentido positivo y articular aprendizajes trascendentes. Estos autores ponen el énfasis en la capacidad que damos al evento traumático de cambiar los esquemas previos, lo que determina que se complete el proceso necesario para que desemboque en un crecimiento personal, más que el evento estresante en sí.

Tal y como reflexiona Campos-Ríos (2013), tanto el sufrimiento como los pensamientos rumiativos que caracterizan a los pacientes oncológicos, serían parte, no solo del proceso de afrontamiento de la enfermedad, sino de convertir una experiencia absolutamente traumática en un salto cualitativo de crecimiento personal. Esta autora remarca la paradoja del crecimiento desde la destrucción de los propios esquemas, ya que, en estos pacientes, las experiencias de estrés pueden ser conducidas a estados de satisfacción, búsqueda de sentido y recuperación del equilibrio.

La disposición a hablar y profundizar en las experiencias que están viviendo, tal y como propusieron Gaviria et al. (2007) y Quiceno, Vinaccia y Remor (2011), logran no solo que hagan juicios más reales sobre su enfermedad, sino que mejore la actitud hacia sí mismo y

hacia los aprendizajes que han obtenido del proceso que enfrentan. El crecimiento es el resultado del proceso de atribuir significado a un evento estresante, y convertirlas en historias de redención, como proponen McAdams et al. (2001).

Dentro de estas emociones negativas, los pacientes oncológicos pueden tener una sensación de incapacidad de control sobre las circunstancias que enfrenta. Siguiendo las observaciones de Bayés (2006), en el diseño del programa RED se ha favorecido la capacidad de “control sin control”, aceptando que no se tiene el control, este se recupera, porque el paciente no se deja arrastrar por la angustia de no controlar lo que le sucede; al mismo tiempo que toma consciencia de los asuntos que le competen y las oportunidades que tiene para ejercer control. Werner (1989, p. 81) sugirió que en la búsqueda de la resiliencia “las intervenciones pueden concebirse como un intento de encontrar el equilibrio en medio de condiciones adversas que tienden hacia la vulnerabilidad”.

f) Estrategias de afrontamiento. La idea de clasificar las estrategias como conjuntos que puedan ser funcionales y oportunas para cada individuo, sigue la propuesta de Folkman y Moskowitz (2004), de que la diferenciación entre estrategias dirigidas al problema y a la emoción ha dejado de ser suficiente. Dentro de las estrategias emocionales se han agrupado muchas de diversa naturaleza y, mientras algunas puedan retroalimentarse entre sí y provocar desbordamientos emocionales y conductas desadaptativas, otras, pueden ayudar a liberar presión emocional, como si de una válvula de escape de vapor se tratara.

Por ejemplo, la represión emocional descrita en antiguas investigaciones por pacientes con cáncer de mama, podrían provocar un desbordamiento emocional, que, si se canaliza adecuadamente, como en el caso del programa RED, podrían propiciar un desatasco, favoreciendo que otras herramientas de afrontamiento puedan salir a la luz y puedan ser usadas,

logrando así un conjunto más eficaz de estrategias de afrontamiento. Cuando el paciente se siente aceptado y recogido en toda su integridad, no siente que el terapeuta evade o evita algún aspecto de su sufrimiento; cuando se siente aceptado, el paciente libera toda la presión emocional, y deja espacio interior a que surjan otras ideas o estrategias que puedan ser oportunas para recobrar el equilibrio.

La identificación respetuosa y libre de prejuicios de las estrategias de afrontamiento que utiliza cada paciente, así como la forma en la que las va ajustando en una composición o conjunto que tiene su propio ritmo y melodía, puede ayudar al terapeuta a captar la globalidad de la experiencia que el paciente está viviendo en su interior, ajustándose interiormente con los significados globales y situacionales propios de la experiencia vital. En su investigación, Ortega y Mijares (2018) hablan de una capacidad de realizar metas realistas en el presente y en el futuro, en las metas conforme a sus valores, sus prioridades y sus significados vitales.

Mediante el proceso de reconocimiento, elaboración y redefinición de la situación y de los recursos con los que cuenta para enfrentarla, el paciente logra interpretarla como abordable, lo que le otorga sensación de recuperación de control. Al recuperar la sensación de “*ser capaz de*”, se incrementa su capacidad de respuesta adaptativa. Por ejemplo, el abordaje eficaz de una emoción que recientemente le ha desbordado o bloqueado, o de una situación que antes ha postergado o no ha sido capaz de enfrentar, le permite recuperar la sensación de capacidad, mejorando su autoevaluación, su sentido de eficacia, tal y como mencionaron Lazarus y Folkman (1984), y le otorga sentimientos de satisfacción que pesan a favor de su autoestima y trascendencia.

Basados en estudios como el de Hassanein et al. (2005), quienes concluyen que existe una correlación entre las estrategias de afrontamiento inadecuadas y la depresión, o los de

Billings y Moos (1984), que indican que las personas con índices altos de depresión se benefician menos de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se puede favorecer un uso cada vez más adaptativo de las estrategias de afrontamiento, evitando así la morbilidad psicológica presente y futura de los pacientes.

También se ha tenido en cuenta lo aportado por Austenfeld y Stanton (2004) quienes encontraron que las estrategias centradas en el problema son indicadores de mayor adaptación y ajuste. Las investigaciones al respecto del carácter adaptativo y con buenos resultados en el nivel de calidad de vida, apuntan a una complementariedad entre las estrategias dirigidas al problema y a la emoción, facilitando así el control conductual y emocional (López-Martínez, 1998, citado en Acosta et al., 2008). No se puede obviar lo advertido por Cassaretto et al. (2007, citados en Acosta et al., 2008), cuando mencionan que el desprecio del componente de ajuste y equilibrio que da una elaboración emocional adecuada puede poner al paciente en un escenario peligroso, ya que pueden aparecer sentimientos de frustración e impotencia.

En el programa RED, el terapeuta examina si existe una combinación de estrategias que pueda indicar una menor adaptación y peores indicadores de salud y bienestar, como lo hicieron en la investigación de Campos et al. (2004), donde encontraron altos niveles de malestar cuando se usaba la evitación junto con una aceptación resignada y una confrontación pobre. Siguiendo lo hallado en esta y otras investigaciones, el programa RED pretende la reducción de la estrategia de evitación, la activación de la estrategia dirigida a la emoción reevaluación positiva, de las orientadas al problema (confrontación y planificación), y de la estrategia combinada de búsqueda de apoyo social.

Dentro de las estrategias dirigidas a la emoción, el programa RED estimula la de reevaluación positiva, ya que tal y como menciona Warner y Hauser (2009, citado en García y

Lucio, 2016), la construcción de un significado es un ejemplo de estrategia centrada en la evaluación, que también incluye aspectos de la gestión emocional. El dar un significado a la experiencia con la enfermedad genera un proceso que permite a los individuos ser consciente del rol que desempeña la enfermedad en su vida, de cómo estas percepciones cambian con el tiempo, cómo a lo largo del desarrollo las personas mantienen y cambian sus respuestas a la enfermedad, y cómo consiguen ajuste y enriquecimiento emocional (Acosta et al., 2008).

g) Necesidad del fortalecimiento de la red. Peña y Villegas (2017) comprobaron en su investigación que no solo la expresión emocional, sino que el desarrollo de habilidades sociales, resolución de conflictos y asertividad, generan esquemas nucleares que acercan al individuo a un grado máximo de bienestar psicológico, biológico y social. En el programa RED se busca potenciar la estrategia de búsqueda de apoyo social, haciendo énfasis en la mejora de herramientas de comunicación, con el objetivo no solo de potenciar esta estrategia de afrontamiento que ha demostrado ser fundamental, sino de optimizar las potencialidades de la red social con la que cuenta cada paciente.

Sandin (2003) afirmó que los factores sociales juegan un papel de particular importancia, siendo mediadores del estrés. Para Pérez, Ponce, Hernández y Márquez (2010) el apoyo social reduce los síntomas de malestar y promueve los estados de ánimo positivos para el afrontamiento de las dificultades. Actualmente el apoyo social es uno de los factores protectores más investigados y con resultados más positivos para aumentar la resistencia de las personas ante los estresores diarios: crisis personales, adaptación, ajustes de enfermedades y exigencias en el ámbito académico.

Lazarus y Folkman (1984), aseguraron que no es lo mismo la ayuda percibida que la ayuda recibida. Tomar consciencia y acceder a la ayuda ofrecida por los recursos sociales

(familiares, sociales, institucionales, etc.) ha sido parte de los objetivos del programa RED; porque tal y como aseguraron autores como Ozbay et al. (2007) reduce la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo, evitar evaluaciones negativas y aumentar la adherencia al tratamiento, no solo oncológico, sino psicológico; además fomenta la aparición de estados de ánimo favorables y reduce síntomas de malestar, como aseguraron Pérez et al. (2010).

El programa RED trabaja a partir del modelo de *círculos resilientes*. Busca fortalecer la red en tres ámbitos: el familiar, el social, el clínico/terapéutico y el comunitario/institucional/gubernamental. Así como el movimiento que suele ocurrir entre los componentes de estos *círculos concéntricos interrelacionales* en medio de crisis vitales como la oncológica: conflictos familiares, maritales, pactos de silencio, divorcios, entre otros.

Por ejemplo, los pacientes pueden temer sentirse rechazados al hablar de sus propios temores y fantasías desastrosas con aquellas personas más cercanas, temen el conflicto y el desbordamiento emocional propio o ajeno. Además de la tiranía de la positividad, pueden aparecer pactos de silencio. Barbero, Barreto, Arranz y Bayés (2005, p. 51) aseguran que la conspiración de silencio es un acto de amor mal enfocado, que existe la idea errónea de que, si alguien desea recibir información, ya preguntará (Lizárraga, Ayarra y Cabodevilla, 2006).

El terapeuta que aplica el programa RED pasa a ocupar un lugar en un círculo que busca estar cada vez más cerca al sujeto. Ofrece un elemento neutral que le permite validar aquellas expresiones que no son fáciles de digerir por aquellos que están más cerca suyo. Otras de sus labores son promover la optimización de estos apoyos, usar la asertividad para remover pactos de silencio, fomentar la expresión con sus allegados para lograr ser escuchados, pedir ser acompañados en ciertos temas importantes para ellos, identificando y aceptando el apoyo de aquellas personas que se mostraran más proclives a hacerlo en temas delicados. También tendrá

la labor de fomentar la empatía hacia las limitaciones emocionales y comunicativas de sus allegados, ayudándolos a entender que puede que no estén listos para hablar de ciertos temas e identificar aquellos que pueden ser sus cómplices en aquellos momentos. En otras palabras, se dedica a optimizar los círculos más cercanos, fortaleciendo la relación con su red y con los integrantes de cada círculo.

Las habilidades sociales promovidas por el programa RED buscan optimizar la percepción del apoyo percibido para incrementar el recibido. Fomenta la corresponsabilidad de la cocreación del vínculo, bilateral y dinámico. Mediante el desbloqueo emocional busca facilitar la capacidad de actividades de ocio y recreación.

Igualmente, la relación que tiene el paciente con los ámbitos clínico/terapéutico y comunitario/institucional/gubernamental es abordado por el programa RED. Se fomenta la proactividad en la relación con los sanitarios que les atienden y con las instituciones con las que se relacionan. Mediante listas de preguntas, solicitudes explícitas, manejo de información detallada de diagnósticos y tratamientos, los pacientes se dan cuenta de su derecho a estar siempre bien atendidos e informados, se “*hacen cargo*” de mejorar la comunicación con los profesionales. En investigaciones como las de Hall, Milburn, Roter y Daltroy (1998, citado en López et al., 2003), se aseguró que para los pacientes es muy importante percibir que el profesional que les atiende, además de ser competente, cálido y sensible, debe ser amigable y estar interesado en ellos como personas, debe inspirar confianza y calma.

Como parte de la permeabilidad en momentos de crisis de los *círculos concéntricos interrelacionales* y atendiendo a lo sugerido por Zabalegui et al. (2005) y Docherty (2004), el programa RED promueve la posibilidad de que los pacientes compartan por su cuenta, sus experiencias con otros pacientes oncológicos de su entorno, ya que así podrán activar el

modelamiento positivo, compartir inquietudes y desarrollar estrategias de afrontamiento que pueden ser eficaces. Con otros pacientes oncológicos, que han pasado por experiencias similares, pueden naturalizar ciertos temas comunes.

Esta invitación se realizará de manera cuidadosa, respetando el ritmo del paciente. Puede aparecer el temor de encontrarse con experiencias que han tenido un desenlace nefasto, historias que pueden oscurecer sus expectativas de buenos resultados, y les haga caer nuevamente en rumiaciones de muerte y desgracia. Dentro del programa de RED se trabaje esta circunstancia, animando al paciente para ver todo el abanico de posibilidades sin perder la perspectiva de su propia realidad y circunstancia presente. Se invita a los pacientes a desarrollar sentimientos de empatía y compasión ante su propio miedo y el de quien comparte información y a encontrar la fuerza que emana de aceptar la vulnerabilidad humana.

h) Trascendencia y búsqueda de sentido en la fase final de la enfermedad. Según Gianfrancesco (2003, p.34) “el sufrimiento no es un lugar maldito o un síntoma, sino una mediación que construye, pues destina la herida a algo distinto a ella”. Cuando se patologiza el sufrimiento, se pierde esta oportunidad. El sufrimiento nos lleva a adaptarnos de manera individual a la vida y a la muerte, asumiendo retos y conservando la dignidad y la pertenencia hasta el final.

Baca (2014) identificó que el nivel de resiliencia estaba directamente relacionado con la percepción de apoyo social en los pacientes oncológicos. En el apoyo social se ve nuestro sufrimiento actual, pasado o futuro en el otro, promueve al encuentro con el otro que somos/seremos nosotros mismos. El relato de la herida hace ver el sufrimiento como mediación, como umbral de encuentro (Gianfrancesco, 2003). Se puede afirmar que la propuesta de compartir la herida de Gianfrancesco, reduce la conducta de riesgo, fomenta el

afrontamiento activo, disminuye la soledad, aumenta los sentimientos de autoestima, de cohesión social y adherencia, y ayuda a poner los estresores en perspectiva (Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick y Charney, 2007).

En sus investigaciones narrativas, en las que tratan de identificar secuencias de redención (en las que los problemas anteriores quedan solventados) o de contaminación (en la que los problemas borran o eliminan posibles soluciones), McAdams et al. (2001) concluyeron que los adultos que presentan un mayor nivel subjetivo de bienestar suelen generar narrativas con mayor número de secuencias de redención, lo que está en consonancia con la idea de que la resiliencia que se activa cuando las personas se enfrentan a una situación que les expone a un nivel de estrés considerable. Lejos de debilitarle, le ofrece la oportunidad de identificar beneficios en medio de traumatismos y enfermedades (Affleck y Tennen, 1996, citados en Vera et al., 2006) y promueve esperanza y compromiso (McAdams et al., 2001), incluso al borde de la muerte.

En el programa RED se ha tenido en cuenta la historia soterialógica que mencionaba Gianfrancesco (2003), es decir, con una lógica de salvación (redención), cuando el paciente elabora un relato vital donde él se restituye a sí mismo, como héroe, su propia historia de salvación. A pesar de que hay situaciones donde aparentemente el héroe no triunfa, porque su final no se corresponde a la idea de éxito o triunfo que promueve la sociedad, a veces esa resiliencia va más allá, promoviendo paz y trascendencia. La palabra lucha, hace referencia a conseguir aquello que socialmente está bien visto, a quedar por encima de un enemigo que no necesariamente existe, a quien todos maldecimos, sin percatarnos que estamos condenados a ello, y que consiste en entregarnos con dignidad, la muerte. A veces la superación de un evento doloroso es la aceptación, no solo del pasado si no de lo que vendrá, de la consecuencia

necesariamente moral que implica estar vivos. Es el cambio interno de Perséfone en la obra de Hesíodo, aceptar perder la vida para ganarla.

En este sentido, cuando Manciaux (2003) asegura que el sentimiento de que la vida sigue después de la muerte sea en ese contexto de fe en el más allá, sea en la creencia de que quienes dejan algo atrás –hijos, nietos- perpetúan el linaje, es un recurso poderoso para las personas que se acercan al final de su vida. Conscientes de su finitud, pero convencidos de que tiene un sentido, no están lejos de ese “realismo de la esperanza” que la Oficina Internacional Católica de la Infancia ha convertido en el paradigma de la resiliencia. La flexibilidad de quien no controla nada, y está a punto de morir.

El programa RED ha incorporado los aportes del fundador de la denominada Tercera Escuela Psicológica de Viena, Viktor Frankl (Nuévalos, 2011). Este autor, creador de la logoterapia, propuso una visión del sujeto como una unidad de tres dimensiones: la somática, la biológica y la *noológica* (del término griego *nous* [vous] que significa espiritual) o trascendente. Aseguró que el *noos* o espíritu existe en todos los seres humanos y que no se corresponde al término religioso, sino al núcleo más interno, trascendente, profundo o existencial de cada sujeto (Frankl, 1989). Este componente, ubicado en la consciencia (*órgano del sentido*) es el que explica los fenómenos únicamente humanos, su manifestación esencial es la *voluntad de sentido*, que sería el dinamismo constitutivo de la persona, ya que el motivo final y universal de la existencia humana es la búsqueda de sentido.

La logoterapia está centrada en ayudar a un individuo a la búsqueda de sentido vital e intenta promover el crecimiento de su libertad y su responsabilidad, con el objetivo de que viva una vida más significativa y con mayor bienestar (Nuévalos, 2011). Sin etiquetas desvalorizantes de sus deficiencias, resaltando sus valores, capacidades y aptitudes (Ozcáriz,

1998). Acogiendo esta propuesta terapéutica, el programa RED busca “despertar la consciencia del paciente oncológico para ayudarlo a encontrar razones de sentido sobre el dolor y la frustración, así como conducirlo al autoconocimiento de sus fuerzas y valores, y también de sus limitaciones y fragilidades” (Catret, 2007, citado en Nuévalos, 2001 p. 167).

Igualmente, el programa RED ha incorporado los aportes de la impulsora de la tanatología Elisabeth Kübler-Ross y su propuesta de las fases del duelo (1993). Esta autora aseguró que los enfermos terminales transitaban por cinco fases que se sucedían unas a otras y que en algunas ocasiones se solapaban: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. Worden (2010) señaló que estas fases no son exclusivas de personas cercanas a la muerte, sino que son experimentadas por cualquiera que afronte una pérdida significativa. Apreciación que generalizan Miaja y Moral de la Rubia (2013) a todo aquel que pierda su salud tras un diagnóstico oncológico.

3.5.2. El Terapeuta *Counselling* en el Programa RED. Usando como base las condiciones facilitadoras rogersianas (consideración, empatía, aceptación incondicional y congruencia), el terapeuta tendrá en cuenta el momento crítico que atraviesa el paciente, incluso antes de recibir el diagnóstico, la connotación mortal que tiene la enfermedad le arrastra fácilmente a la angustia. Solo a través del esfuerzo de empatizar con todas sus emociones se cumplirá el fin terapéutico. Las expresiones verbales, corporales e incluso el silencio del paciente están dando información de aquello que el terapeuta abordará desde el absoluto respeto.

El terapeuta hará un trabajo constante de “*com-pasión*”: compartir la emoción, tratando al paciente de la misma manera que espera ser tratado, cuando sea él/ella mismo/a quien experimente una incertidumbre vital o una enfermedad grave. Cuidará el lenguaje verbal y no

verbal, el tono cálido será recibido como una señal de cuidado hacia el paciente; escogerá las palabras utilizadas, las expresiones que se escuchan en momentos críticos son recogidas por el paciente de forma literal.

Cuidará la cercanía física con el paciente evitando incomodar, atendiendo a la información procedente de sus reacciones físicas. Hay pacientes que son celosos de su espacio personal, o se sienten incómodos con la cercanía física, tal vez avergonzados por su aspecto físico o por su olor. Del mismo modo, no se mostrará distante, evitando elementos que interfieran entre él y el paciente, como mesas, floreros y otros elementos físicos. Igualmente, busca la máxima intimidad, sin compañeros de habitación o familiares presentes mientras lleva a cabo la intervención. Debido al tratamiento y al estado físico del paciente, será previsor, vigilará las circunstancias, tendrá en cuenta elementos de cuidado, acotará los tiempos, y suspenderá o aplazará una sesión si es necesario.

El terapeuta recordará que el paciente quiere escucharle, pero sobre todo quiere hablar. Evitará tomar la palabra demasiado tiempo, tras una intervención, verificará que el paciente ha entendido o pedirá opinión: “¿Usted qué piensa?”, “no sé si está de acuerdo conmigo”, “¿me he explicado?”. Igualmente, al interpretar lo hará con humildad y dando el beneficio de la duda: “corríjame si me equivoco, he entendido que ...”, “a ver si me he enterado, lo que yo he entendido es...”, de esta manera el paciente sabrá que está muy interesado en lo que él dice, y sobre todo que es importante que él lo siga elaborando.

Algunas verbalizaciones, afirmaciones o creencias del paciente pueden chocar con las del terapeuta; el terapeuta analizará si estas interfieren con el tratamiento o son peligrosas para el paciente o para otra persona, si no es así, tendrá en cuenta que los mecanismos de defensa están funcionando constantemente, y que el lugar donde se coloca el paciente es el justo y

necesario en cada momento, en cada paso o fase que enfrenta. El trabajo del terapeuta no es derribarlo sin más, sino, favorecer el ajuste que fomente el bienestar, fomentando en todo momento el buen funcionamiento, el autosostenimiento y la autocontención en el paciente, para esto, muchas de esas ideas son necesarias para enfrentar su día a día y su futuro que percibe incierto.

Si algún planteamiento del paciente es desadaptativo e incluso peligroso, recordará que también forma parte del andamiaje que el paciente ha elaborado en su mente, y es la manera como entiende la situación y la gestión de esta, es decir, por muy poco sentido que tenga, es importante para él y ha tenido el valor de expresarlo. Sin juicios ni alarmas, se fomentará el análisis del planteamiento para poner en relieve el carácter inapropiado del mismo: *“ayer en el tratamiento de radioterapia me quitaron el trozo de manto de la virgen que llevaba, el tratamiento no me servirá de nada”*, *“no quiero depender de una pastilla, creo que dejaré de tomar el tamoxifeno”*, *“hago más muerta, mi familia descansará si ya no tiene que cuidarme”*.

Llamar las cosas por su nombre es liberador, pero el terapeuta esperará que el paciente esté listo para enfrentarse a ciertas palabras o eventos. Cáncer, mutilación, infertilidad, discapacidad, cojera, por ejemplo, suelen ser palabras que se aplazan o se reemplazan por otras. El esfuerzo del terapeuta será aclarar a qué se refiere y qué implica para el paciente verbalizarlo, y al mismo tiempo irá mostrando con naturalidad la posibilidad de llamarlo por su nombre, aportando un significado que no sea tan amenazante como el paciente teme. Por ejemplo, la posibilidad de congelar óvulos o de disfrutar la sexualidad sin la preocupación de un embarazo no deseado.

Hacer énfasis en expresiones como: *“¡si realmente quieres lo puedes hacer!”*, *“¡saca fuerza de flaqueza!”*, solo incrementa la sensación de culpa del paciente, de ineptitud y de

incapacidad. Cada uno tiene su ritmo y su forma de hacer las cosas, aquello que vaya pudiendo hacer es perfecto para cada cual y en sus circunstancias apropiadas.

Aceptar la angustia, la confusión y el llanto es difícil, ya que emula las nuestras propias. Estos sentimientos y estados son humanos, y son parte fundamental del proceso, son ricos en emociones y matices que posteriormente ayudan a una mayor comprensión del proceso que está viviendo el paciente. Acompañarlos a vivir y recibir la expresión en estos momentos, les ayuda a conocerse mejor, a sentirse más en confianza sin ser juzgados, y a ser más conscientes del significado de la experiencia.

Las técnicas de exposición a los pensamientos temidos (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2005) son una estrategia que ayuda al paciente a verbalizar en un ambiente seguro y compasivo, los temores normales que enfrenta en el proceso oncológico como el empeoramiento del diagnóstico, aparición de metástasis y recidivas, proximidad de la muerte. Muchas veces, el paciente no encuentra en su entorno a alguien que le escuche este tipo de verbalizaciones, porque resulta muy angustioso hablar en esos términos, y porque desde la tiranía del positivismo (Held, 2002) se entiende que eso puede incrementar las posibilidades de que suceda.

Hablar de estos temas puede tener varios beneficios, incrementar la conciencia de vulnerabilidad, de la importancia de lo que está ocurriendo y, por otra parte, el paciente puede conectar con lo que sí puede hacer ahora mismo: *“es verdad, la muerte es parte de la vida, pero hoy puedes celebrar la vida en el cumpleaños de tu hija”*. A veces no se puede dar cantidad a la vida, pero sí podemos darle calidad, haciendo que sea importante y memorable. Ganando intensidad y capacidad de conexión al aquí y ahora. No podemos confiar en que la vida es justa, hay muchas evidencias de que no lo es, pero es la que tenemos y hoy la podemos

disfrutar. Páez et al., (2005) hacen énfasis en que estos ejercicios requieren una relación terapéutica de apertura y cercanía que valide la incomodidad en sesión (tanto del terapeuta como del paciente) y que el paciente se dé permiso de experimentarla para luego alcanzar las metas personales.

Escarrà, Font, Palanques, Sagnier y Valls (2004), encontraron que la religiosidad es necesaria, pero que la ayuda humana comprensiva, empática y acogedora es fundamental, *“el crecimiento evolutivo del paciente se produce a través de la ambivalencia, puesto que el deseo de recuperar fuerzas y de reestablecerse es lo que permite superar la crisis y afrontar la vida”*, es decir, que la muerte en su dureza es lo que nos ayuda a madurar y a ser más humanos. La vida emocional del paciente hace parte de su relato vital, en medio de su enfermedad, pero es parte de la base de cómo entiende su mundo. Estas creencias espirituales (religiosas o no) son un lugar donde refugiarse, a veces como una habitación desordenada que necesita reajustarse, el papel del terapeuta es el de escuchar, con respeto, no como científico, sino como un compañero (Callahan, 2004) que esté dispuesto a ordenarla con él.

No hay necesidad de dramatizar ni de minimizar, el paciente irá dando la medida necesaria a cada momento y circunstancia. Acompañarlo en el proceso, identificar la adaptabilidad en cada fase que enfrenta, fomentar el análisis en el caso de que sea desadaptativa, y permitir la expresión de cómo lo está viviendo. No dejará de hacer un cribado de su situación, muchas veces los desgarros emocionales traen consigo mensajes no verbalizados de lo que realmente se está activando en el discurso, escuchar lo que no está diciendo el paciente. Por ejemplo, se queja de que no estaba la comida lista, pero lo que realmente le duele es la impotencia de no poder hacerlo por sí mismo.

No importa si al terapeuta le parece prioritario o no lo que el paciente está llevando a las sesiones, escuchará desde la neutralidad, el agravio comparativo es una forma sutil de juzgar muy difícil de mantener al margen, pero aconsejable para aprehender la realidad de la manera en que el paciente lo está viviendo.

Por muy importante que sean sus propias experiencias e ideas, y las de otros pacientes, no corresponden a las del paciente y no tienen el mismo nivel de importancia. El terapeuta será prudente a la hora de incorporar alguna idea, anécdota o sugerencia, debe ir en concordancia con lo que el paciente necesita y, sobre todo lo que está listo para recibir. Para saberlo, introducirá la información de forma prudente, respetuosa y paulatina, siendo sensibles a cualquier indisposición o reacción negativa que pueda causar en el paciente.

El terapeuta manifestará su disposición a estar en contacto, a estar pendiente del caso, a recibir las comunicaciones e informes, y a estar en comunicación con el equipo médico especializado, la cercanía no está reñida con la condicionalidad de la relación psicoterapéutica. Igualmente, sugiera siempre escribir dudas y preguntas, hacia el propio psicólogo y otros miembros del equipo de atención multidisciplinar.

No establecerá límites, plazos o metas estrictas. Permitirá que el paciente conozca y respete su ritmo. Su cuerpo está haciendo el gran trabajo de sobrevivir a la enfermedad, desintoxicarse y recomponerse, su mente está haciendo lo mismo. Ofrecerá información acerca de cómo funciona el cerebro en casos como el suyo, y normalizará estados de síntomas de depresión o ansiedad. Esto ayudará a que no se cronifique el trastorno, y que vaya desarrollando herramientas para manejarlo y reconducirlo. También ayuda que el paciente no se sienta culpable en el caso de sentirse más triste o cansado de lo que piensa que tiene derecho a sentir y a estar. Atacamos así la tiranía del positivismo (Held, 2002) sin prescindir de la

esperanza, aceptando la parte dolosa de la experiencia, incorporando el beneficio del malestar, y la toma de conciencia.

La preocupación por hacer las cosas de manera correcta es efectiva en la formación y en la supervisión de los casos, pero no en el momento en que está interviniendo, permítase fluir y luego recibir la opinión del paciente, observando si aparecen sentimientos de culpabilidad por no aliviar el malestar del paciente, y cuidando la contratransferencia. El trabajo terapéutico y más con este tipo de pacientes, es una fuente enorme de satisfacción, pero a un costo muchas veces elevado de aprendizaje en el manejo de la angustia, el miedo a la muerte y nuestra propia vulnerabilidad.

Ante la duda, hablará con el corazón, la verdadera compasión es lo más importante que le puede transmitir a un paciente oncológico. No confundirá la compasión con la lástima y de esta manera se lo transmitirá al paciente, la lástima es distante y vertical, la compasión (etimológicamente) es el compartir la emoción que está sintiendo el otro, horizontalmente, y en su misma posición, se diferencia de la empatía porque es imposible sentir lo mismo, pero lo comparte desde un lugar de iguales, reconociendo que el otro soy yo, y que yo soy el otro, solo que en un momento diferente de nuestro proceso vital.

No usará tecnicismos que no entienda el paciente y que le aleje verticalmente del terapeuta. Evitará frases hechas, rellenos o formulas propias de autoayuda como *“no se preocupe”*, *“todo saldrá bien”*, *“verá como todo se arregla”*, que le dan la sensación al paciente de minimizar su dolor o preocupación. En vez de ofrecer consejos, creará alternativas junto con el paciente, ofrecerá su experiencia y la de otros pacientes (siempre manteniendo la confidencialidad) sin caer en agravios comparativos. Nunca impondrá prioridades de manera brusca, se puede hilar sutilmente, orientando al paciente y relacionándolo con los temas

identificados como importantes: “sí, me ha dicho usted que está enfadada porque su médico no le receta pastillas para dormir, está a punto de volver al trabajo, ¿es eso lo que le preocupa y no le deja dormir?”.

La autenticidad es fundamental, no existe una fórmula estricta que anule el estilo propio, siempre y cuando logre transmitir las bases fundamentales del *counselling*.

3.5.3. Objetivos del Programa RED. El fomento de la resiliencia en el programa RED está en concordancia con el concepto de felicidad en un sentido eudaimónico, es decir, aquella felicidad que no nace del placer hedónico, sino del desarrollo interno y de las conexiones con los propósitos y los valores más allá del yo individual. Se busca que los participantes interpreten su vida sobre valores intrínsecos como el crecimiento personal, el fomento de relaciones significativas (Benito, Barbero y Dones, 2014), la contribución a la sociedad y a generaciones futuras. Este tipo de metas vitales otorgan una perspectiva mayor en el paciente acerca del sentido de su vida en general, favoreciendo un nivel más alto de bienestar (Bauer, McAdams y Sakaeda, 2005).

Se ha querido poner énfasis en la resiliencia como proceso y éxito en sí. Este proceso es capaz de otorgar al sujeto sensaciones de paz suficientes para enfrentar cada fase vital, incluida la propia muerte y las situaciones difíciles o irreversibles. Aunque no existe la garantía de una resiliencia sostenida ni mucho menos absoluta, esta capacidad constituye en sí misma una base fundamental para la consecución vital y el enfrentamiento inevitable de los retos vitales futuros. La promoción de una identidad que ha superado un gran reto ayuda al sujeto a posicionarse en un lugar de reconocimiento propio, fomentando una visión poderosa de sí mismo.

La resiliencia activa una dinámica que se retroalimenta y que promueve su existencia y desarrollo en el individuo como, por ejemplo: el sufrimiento se amortigua cuando no me frustro, y como no me frustro, mi resiliencia es mayor; mi competencia se evidencia y por consiguiente me siento más competente; la flexibilidad me permite aceptar mejor las cosas, y como acepto mejor las cosas, soy más flexible; la compasión incrementa mi capacidad comprensiva, y al comprender más, siento más compasión.

Para conseguir incrementar el nivel de resiliencia, el programa RED se ha centrado en cuatro pilares fundamentales: flexibilidad, aceptación, compasión y trascendencia. Flexibilidad en conceptos mentales rígidos, aceptación de las circunstancias y limitaciones, compasión por sí mismos y por los componentes de su red, y trascendencia de una vida llena de sentido.

El programa RED busca reproducir en el trabajo con otro tipo de cánceres lo encontrado por autores como Bellizzi y Blank (2006) y Scignaro et al. (2011) en sus investigaciones con mujeres con cáncer de mama: el beneficio que se encuentra en otorgar un sentido a la vivencia. Ya Werner (1989, 1992) hablaba de que los niños de Hawái habían logrado tener “*una vida con sentido*”. Condición que gana importancia sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad (Bayés, 2004).

En este caso, el *tutor de resiliencia* no fomenta la proyección futura del paciente, pero sí su legado (McAdams et al., 2001; Bauer et al., 2005) hacia sus allegados (Breitbart, 2002), buscando la trascendencia (Leipold y Greve, 2009; Rodríguez et al., 2011) y dotando de sentido a su experiencia (Benito et al., 2014; Serrano et al., 2012). Como diría Forés y Grané (2008, p. 22), se crea “*una metáfora de las posibilidades de futuro*”.

El programa RED incorpora elementos de la logoterapia para dar respuesta a las necesidades espirituales en la búsqueda de sentido a los pacientes (Breitbart et al., 2010, 2012, 2015; Rudilla, Barreto, Oliver y Galiana, 2015) en un intento de ayudarle a encontrar paz en el proceso de enfermedad, o en el final de sus vidas (Van de Geer y Leget, 2012). Una vez desarrollada, la espiritualidad se convierte en un recurso de la resiliencia (Benito et al., 2014; Frankl, 2015) y de fortalecimiento de las redes afectivas (Breitbart, 2007; Krikorian y Limonero, 2012; McClain et al., 2003).

3.5.4. Prioridades Terapéuticas en el Programa RED. Promocionar la independencia del paciente es promover el dialogo interno. Esta habilidad es una herramienta fundamental en el proceso de elaboración de las experiencias y supone la capacidad de colocarse en sitios internos que fomenten la estabilidad emocional. Le ofrece la posibilidad de aliarse consigo mismo en momentos de desbordamiento emocional, en el sentido de que su yo adulto va al rescate de su yo infantil. Con ella, el paciente encuentra dentro de sí un lugar flexible y compasivo para entender lo que sucede a nivel emocional y racional en él mismo, y le permite entender y respetar lo que sucede a su alrededor, en la experiencia vital de los componentes de su red de apoyo. Reforzando esta habilidad, le permite afianzar su red emocional, ampliando la capacidad de respetar y compartir con personas importantes para él y sobrellevar mejor la experiencia a través del proceso oncológico, con menos prejuicios y más amplitud mental.

Se propiciará la búsqueda del significado constante, otorgando sentido a la experiencia, usando como antecedente, aquellos eventos anteriores que han sido enfrentados de manera exitosa por parte del paciente (enfermedades anteriores, cambios vitales, pérdidas, entre otras) y que le han permitido, en el pasado, demostrarse a sí mismo que sí es capaz, y que ha logrado

remontar emociones y situaciones que parecían insuperables, y que han sido desarrolladas con éxito, y con ayuda de su red de apoyo. Se trata de hacer una lectura de ganancias, en la línea de las excepciones del modelo de terapia narrativa (White, 2007), que ayuda al paciente a modificar el concepto que tiene de sí mismo y a reforzarse. Por otro lado, no es solo aceptar lo que está viviendo, sino tener la conciencia de que “*esto también pasara*”, y vendrán oportunidades nuevas, porque “*la marea siempre trae nuevas oportunidades*”, como sugieren Bauer et al., (2005) en su investigación de historias de redención.

Es posible que en algunas fases se aplase esta búsqueda, ya que el paciente se encuentra inmerso en la necesidad de afrontamiento inmediata de los tratamientos y tensión causada por todo que necesita soportar en su día a día, sobre todo en la fase de alarma. Pero poco a poco, la intervención terapéutica va estableciendo un tono cálido que invita el reconocimiento de que la experiencia que está enfrentando tiene un trasfondo trascendente con él mismo y con quienes lo rodean, y que este golpe de timón indica nuevas experiencias que son enriquecedoras, y que otorgan nuevos sentidos a nuestra vida. Es decir, que no se quede solo con lo que el cáncer le ha quitado, sino con lo que le ha dado nuevo (nuevas amistades, conocimientos, oportunidades, autoconocimiento, reencuentros, descubrimientos en ellos mismos y en los demás), en la línea de todas las excepciones indirectas, no asociadas a la superación del problema, sino a las ventajas percibidas al margen de este (White, 2007).

Igualmente, durante el programa se promoverá la conciencia de vivir un duelo del antiguo yo, del yo ideal y de la fantasía de control absoluto que suele presentarse en estos pacientes, favoreciendo el ajuste a la experiencia desde una perspectiva dinámica, cambiante ante los retos que muchas veces lo bloquean o enajenan.

En casos de enfermedad avanzada, se hará énfasis en la exploración de las limitaciones y la proximidad de la muerte, buscando aquello que conserva el sentido en la cercanía a la muerte y en medio de limitaciones físicas que este experimentando. Explorar la idea de morir con sentido y en paz, cómo le gustaría ser recordado, qué tiene pendiente y qué le gustaría resolver o experimentar antes de morir. Se hará énfasis en la toma de conciencia de aquellos momentos vitales en los que han tenido la oportunidad de ser creativos, de sentirse plenos y felices. En el caso de que la enfermedad tenga un diagnóstico positivo, estos ejercicios también tendrán vigencia, en el sentido en que prepararan una nueva forma de entender la vida y el regalo de futuro, dando la oportunidad experimentar la plenitud en el resto de su vida.

Como parte de la potenciación de la red de apoyo, el terapeuta animará al paciente a que comente con su red lo tratado en terapia, que comparta con gente de confianza lo aprendido en las sesiones, que comente los nuevos conceptos y nuevas formas de entender lo que está sucediendo. Se animará al paciente a que busque opciones de acción o de resolución con ellos. Se le recordará que mucho de lo tratado en el espacio terapéutico son nuevas ideas, pero que el protagonista de su viaje vital es él/ella mismo/a, con sus decisiones y potencialidades, y que lo importante es que lo lleve a la práctica en la vida diaria.

Durante toda la intervención y en sus diferentes fases se mantienen principios terapéuticos transversales, teniendo como eje central el concepto de pertenencia a una red de apoyo siempre constante y dinámica. La trascendencia del propio ego (Joseph, 2011, citado en Ochoa y Casellas, 2017) descentramiento de uno mismo, como la capacidad para interesarse, preocuparse y comprometerse con otros, de amar y ser amado. El crecimiento con el otro significativo es una experiencia vicaria ligada al crecimiento del mismo paciente oncológico (Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013).

Fomentar el interés por cómo se vive la experiencia desde los ojos del otro, cómo me ve el otro y cómo lo vemos a él, compartiendo una información que nos enriquece y nos fortalece como grupo (empatía relacional). Por otro lado, trabajar con modelos positivos en la adversidad, para aprender estrategias que puedan ser valiosas para nosotros, integrando así el aporte del que comparte el camino vital. Promover la unicidad, eliminando la barrera entre el propio sujeto y los demás, cuando se llega a entender que todos somos uno, la compasión y la empatía se hace más profunda y arraigada.

A veces son difíciles las situaciones de encontrarse sin esquemas de referencia externos que sean válidos, que logren resonar profundamente; acercarse a los referentes importantes, presentes o pasados, ayuda al paciente a identificar e integrarse en su red, reforzando valores o adquiriendo algunos nuevos. A veces esos referentes son nuevos, personas que ha pasado por la enfermedad que les ofrecen enseñanzas y ejemplos que pueden ser valiosos en esos momentos. El trabajo reflexivo de analizar sus virtudes, valores y capacidades desde la compasión, nunca desde el agravio comparativo, pueden facilitar la asimilación y llevar a cabo el modelado positivo.

El fomento del agradecimiento (Ruini y Vescovelli, 2013) en vez del perdón, el reconocimiento del otro que igualmente lucha por sobrevivir, con limitaciones y potencialidades muchas veces ignoradas, sin que perdonar, reconoce todo lo que tiene para agradecer. Se favorecerá el reconocimiento de las expectativas como fuente de frustración. En vez de esperar recibir, reconocer lo valioso de lo que se recibe. Esta toma de perspectiva favorece el equilibrio para moderar respuestas angustiosas y fomenta la aceptación. Reconceptualizando lo que sienten sin juzgarse, acogiéndose con compasión, reconociendo que son personas normales que tienen reacciones normales ante una situación anormal.

3.5.5. Principios Terapéuticos Transversales del Programa RED. Observando y registrando la fase en la que se encuentra el paciente, o sus variaciones dentro de ellas, el terapeuta se atenderá a estos principios transversales y, en medida de lo posible, irá profundizando en ellos, buscando arraigarlos en el desarrollo de los nuevos conceptos que incorpore el paciente en su diálogo interno.

a) Todos somos un punto importante dentro de una red necesaria. Siempre identificar y ser consciente de la existencia y pertenencia de una red, nunca como individuo aislado, incluso en los momentos en los que este solo. La red que integra el árbol de su propia vida, el apoyo ancestral de los que ya no están y el presente de quienes le rodean y apoyan. El apoyo terapéutico es puntual, su red es para siempre, hay que fortalecerla bilateralmente. A través de la capacidad para interesarse, preocuparse y comprometerse con otros, de amar y ser amado. Trenzar su propia capacidad con las de los otros, fomentar el aprendizaje de modelos positivos ante la adversidad.

b) Fomentar la congruencia del paciente con sus propios valores. Resaltar la necesidad de que sea leal consigo mismo, aquello que le hace sentir digno, orgulloso de sí mismo. Realizar ejercicios de toma de consciencia en el caso de percibir algo que pueda llegar a ser muy estricto o rígido y que le impida conectar el bienestar y el bien actuar. Esta tarea favorece la sensación de control de su singladura particular, le facilita mantener la dignidad y ampliar la capacidad resiliente, fomentando el compromiso que tenga con sus objetivos y prioridades.

c) Fomentar los recursos del paciente. Como fuente principal de desarrollo del proceso, no solo como el protagonista y héroe de su viaje sino, como centro de una red que le sostiene y que él sostiene. En la identificación de sus limitaciones, también identifica los aspectos en los que necesita de los demás, la bondad de la codependencia. “*Lo que yo no puedo hacer,*

otros lo pueden hacer por mí". Esta toma de consciencia favorece la flexibilidad mental, el compromiso emocional con los otros, el desarrollo de la aceptación de la vulnerabilidad y la compasión.

d) Fomentar la capacidad de gestión. Promover la consciencia en el paciente de que es él quien está tomando decisiones constantemente, incluso en el caso que decidiera que otros las tomen por él/ella (quién le acompaña a las citas médicas, tipo de tratamientos, acciones cotidianas, clarificación de dudas, autocuidado). Este papel confrontador y empoderador fomenta en el paciente la percepción de control benigno y posible en medio de un proceso en el que siente que pierde lo pierde, además de minimizar la estrategia de afrontamiento evitativa.

e) Identificar y drenar constantemente elementos angustiosos. El paciente se encuentra inmerso en un proceso que genera altos niveles de angustia. Durante todo el programa el terapeuta debe promover la identificación y el drenaje del nivel de angustia; de no hacerlo, las funciones ejecutivas y el desarrollo de nuevas herramientas actitudinales se pueden ver perjudicadas. La capacidad que el paciente desarrolle para identificarla y drenarla, utilizando herramientas reforzadas en la intervención, favorecerá la autonomía del paciente y la consecución de los objetivos terapéuticos.

f) No usar la capa de doble faz, juez/víctima. Favorecer el incremento de la compasión hacia las limitaciones propias y ajenas. Con el desarrollo de esta característica, se ataca un foco importante de incremento de la angustia, el rol víctima/juez, hacia sí mismo y hacia los demás. Esto es característico de un yo rígido que impide reconocerse circunstancias que atraviesan, corriendo el peligro de refugiarse en el papel de víctimas incapaces o de jueces implacables.

g) Reconocerse como el héroe de su propio viaje épico vital. Reconocer su vida con sus significados y propósitos. Resaltar la valoración de aquello que nadie ha hecho más que él

mismo. La importancia de lo que ha hecho y deja tras de sí. Sentido existencial que nos ofrece motivos para valorar nuestra vida. Animar para que comparta lo tratado en terapia, o que haga su propia bitácora de aquellos elementos que le gustaría consultar o recordar en otros momentos de su vida (opcionalmente).

h) Día a día. Fomentar la perspectiva de ver el presente como un regalo, reconocer las oportunidades cotidianas de disfrute y realización, aceptando la falta de garantía en la permanencia. Este principio les ayuda a reconocer la vulnerabilidad y la finitud como una condición necesaria de la vida, flexibilizando el pensamiento y fomentando la capacidad de conectarse y disfrutar con el aquí y el ahora. El cambio, el dolor y la muerte como parte ineludible de la vida.

4. Objetivos e Hipótesis

4.2. Objetivo General

Evaluar la efectividad de un programa de acompañamiento psicoterapéutico denominado RED, de tipo individual, y basado en el *counselling* y en el modelo de *círculos resilientes*, para incrementar el nivel de resiliencia y modificar las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes oncológicos.

4.3. Objetivos Específicos

A. Identificar las posibles variaciones que presentan en sus niveles de resiliencia los sujetos que participan en el programa RED.

B. Identificar las posibles variaciones que presentan en el uso de estrategias de afrontamiento los sujetos que participan del programa RED.

4.4. Hipótesis

En la formulación de las siguientes hipótesis se entiende que los cambios esperables (incremento o reducción) son en las puntuaciones de las pruebas correspondientes y que sus diferencias resultarán ser estadísticamente significativas o alcanzarán un tamaño de efecto (por lo menos pequeño) en comparación con aquellos que no reciben acompañamiento psicoterapéutico.

H1. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico presentarán un mayor incremento en su nivel de resiliencia, que aquellos que no lo reciben.

H2. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico presentarán un mayor incremento en el nivel de resiliencia en su componente aceptación, que aquellos que no lo reciben.

H3. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico presentarán un mayor incremento en su nivel de resiliencia en su componente competencia, que aquellos que no lo reciben.

H4. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico incrementarán el uso de la estrategia de afrontamiento combinada de búsqueda de apoyo social.

H5. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico reducirán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción evitación-huida.

H6. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico incrementarán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción reevaluación positiva.

H7. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico incrementarán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida al problema confrontación.

H8. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico incrementarán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida al problema planificación.

H9. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico reducirán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción aceptación de la responsabilidad.

H10. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico reducirán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción distanciamiento.

H11. Los pacientes oncológicos que reciben acompañamiento psicoterapéutico reducirán el uso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción autocontrol.

5. Material y Método

5.1. Participantes

El estudio se llevó a cabo con un grupo de pacientes oncológicos del distrito Aljarafe, zona básica de Pilas (Provincias de Sevilla y Huelva, Andalucía, España). Se trabajó con una muestra no probabilística de 42 sujetos adultos, 25 mujeres (59.5%) y 17 hombres (40,5%), siendo el promedio de edad 53,21 años, con una desviación estándar de 14,559. Todos los participantes fueron informados del objetivo del estudio y de las implicaciones de participar en él, además de todos sus derechos como pacientes. Todos firmaron un consentimiento informado como constancia escrita de la participación voluntaria en la investigación (véase anexo 1).

Los criterios de inclusión eran cuatro:

- Haber sido diagnosticado y/o tratado de cáncer en los dos años anteriores al inicio de este estudio.
- Saber leer y comunicarse en lengua española.
- No sufrir psicopatologías de orden psicótico que impidan el desarrollo de una psicoterapia.
- Aceptar participar en el estudio.

Se utilizó una muestra inicial de 77 participantes, de la que fueron excluidos inicialmente 26 por las siguientes razones: 11 no quisieron participar en el estudio, 4 no hablaban español, 7 habían finalizado el tratamiento oncológico más de dos años atrás, 1 sufría psicopatología de orden psicótico, 3 cambiaron de domicilio a otra provincia. Los 51 participantes que pasaron a la primera fase del estudio y decidieron el grupo en el que deseaban participar (26 en el grupo de intervención y 27 en el grupo de control). Un año después, para

la segunda administración de instrumentos, sólo 24 sujetos del grupo de intervención completaron el programa, ya que dos habían fallecido. Dentro del grupo de control, solo 17 asistieron a la cita de aplicación del posttest, 9 manifestaron su intención de abandonar el estudio, y 1 sujeto entregó la prueba incompleta. En la figura 8 se observa el flujograma de los participantes.

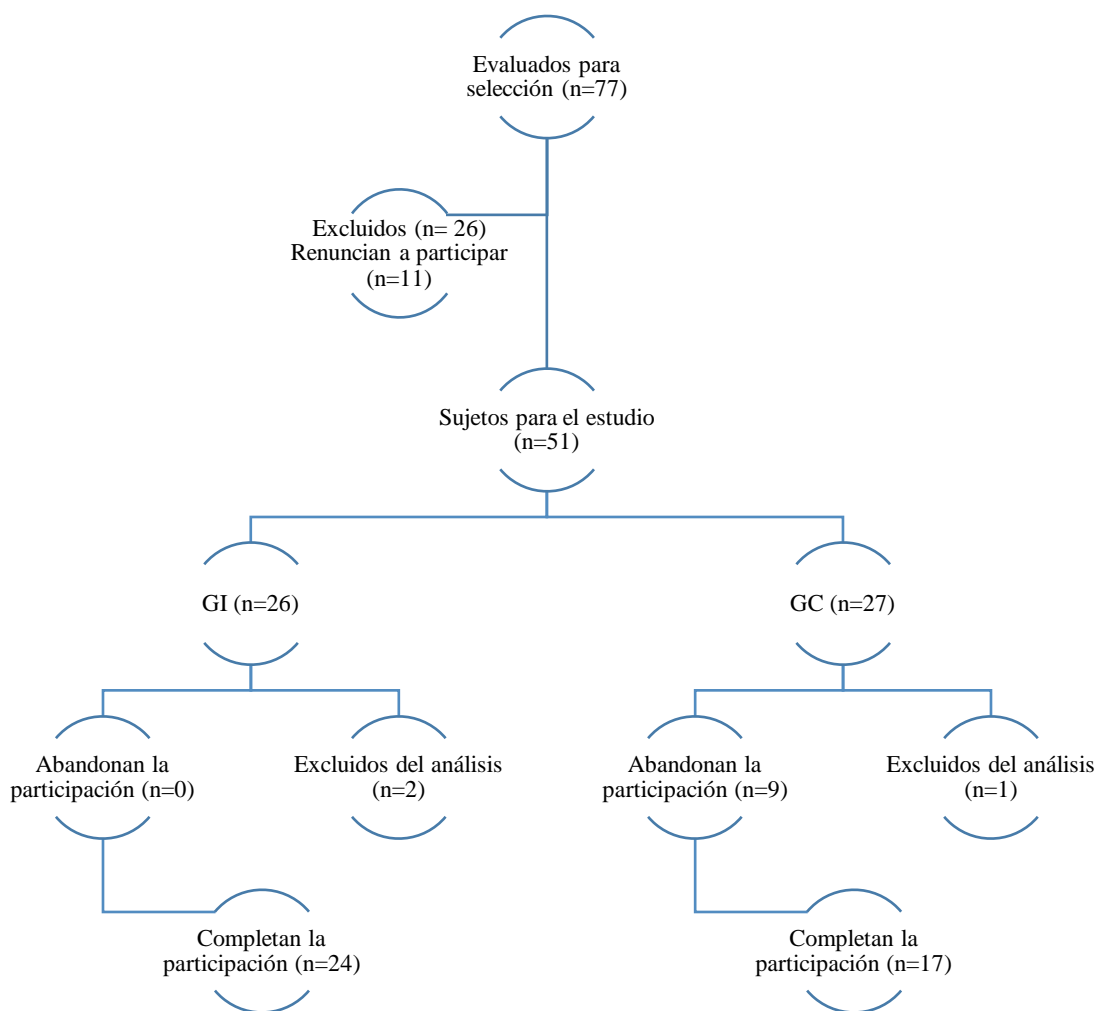


Figura 8. Flujograma de los participantes en el estudio.

5.1.1. Características Sociodemográficas y Médicas de la Muestra. Se presenta, en formato de tablas cruzadas, la información demográfica de los grupos de intervención y control:

Tabla 13*Datos Sociodemográficos de la Muestra*

		GI		GC	
		N	%	N	%
Sexo	Hombre	8	33,3	9	50,0
	Mujer	16	66,7	9	50,0
	Total	24	100,0	18	100,0
Edad (franjas)	22-45	10	41,7	1	5,6
	46-65	8	33,3	13	72,2
	66-82	6	25,0	4	22,2
	Total	24	100,0	18	100,0
Estado civil	Soltero	5	20,8	1	5,6
	Casado	16	66,7	13	72,2
	Divorciado	2	8,3	1	5,6
	Viudo	1	4,2	3	16,7
	Total	24	100,0	18	100,0
Hijos	Ninguno	9	37,5	2	11,1
	1 ó 2	11	45,8	12	66,7
	3 ó más	4	16,7	4	22,2
	Total	24	100,0	18	100,0
Profesión	Hogar	3	12,5	2	11,1
	Campo	5	20,8	8	44,4
	Técnicos básicos	4	16,7	5	27,8
	Técnicos superiores	5	20,8	2	11,1
	Profesionales liberales	7	29,2	1	5,6
	Total	24	100,0	18	100,0
Situación laboral antes del diagnóstico	jubilados/pensionistas	3	12,5	2	11,1
	autónomo	6	25,0	5	27,8
	desempleado	4	16,7	1	5,6
	empleado cuenta ajena	11	45,8	10	55,6
	Total	24	100,0	18	100,0
Situación laboral actual	jubilados/pensionistas	9	37,5	13	72,2
	autónomo	5	20,8	1	5,6
	desempleado	3	12,5	1	5,6
	empleado cuenta ajena	7	29,2	3	16,7
	Total	24	100,0	18	100,0

Datos sociodemográficos de la muestra total, grupo de intervención y grupo de control.

Se aprecia una tendencia de la participación en este estudio de mujeres, sujetos menores de 45 años, casados, con menos de 3 hijos, cuyas profesiones son liberales y que trabajan por cuenta ajena.

Tabla 14*Situación Médica de la Muestra*

		GI		GC	
		N	%	N	%
Tipo de cáncer	Sangre	5	20,8	2	11,1
	Respiratorio	1	4,2	2	11,1
	mama	7	29,2	6	33,3
	Reproductor	4	16,7	2	11,1
	Excretor	3	12,5	4	22,2
	Digestivo	1	4,2	0	0
	Cerebro	2	8,3	0	0
	Piel	1	4,2	0	0
	Tiroides	0	0	2	11,1
	Total	24	100,0	18	100,0
Proceso de la enfermedad pretest	Con actividad neoplásica	13	54,2	9	50,0
	Sin actividad neoplásica	11	45,8	9	50,0
	Total	24	100,0	18	100,0
Proceso de la enfermedad postest	Con actividad neoplásica	9	37,5	5	27,8
	Sin actividad neoplásica	15	62,5	13	72,2
	Total	24	100,0	18	100,0
Tratamiento en pretest	Bajo tratamiento	15	62,5	10	55,6
	Libre de tratamiento	9	37,5	8	44,4
	Total	24	100,0	18	100,0
Tratamiento en postest	Bajo tratamiento	9	37,5	6	33,3
	Libre de tratamiento	15	62,5	12	66,7
	Total	24	100,0	18	100,0

Datos de la situación médica de la muestra total, grupo de intervención y grupo de control, en el momento del pretest y del postest.

Se aprecia mayor frecuencia de tipo de cáncer de mama seguido por los cánceres de sangre, que la actividad neoplásica desaparece en igual número de participantes en ambos grupos, y que el número de sujetos que se ven libres de tratamiento un año después es ligeramente superior en el grupo de intervención.

Tabla 15*Estadísticas de la Intervención*

Intervenciones realizadas con el GI			
Total intervenciones	Centro de salud	Domicilio	Tiempo medio
1132	1047	87	30,4 minutos

Información estadística del total de intervenciones realizadas al grupo de intervención, lugar y tiempo medio de intervención.

5.2. Diseño

Este estudio está dentro de la categoría *cuasi experimental*, ya que se ha lleva a cabo una intervención en una situación natural donde no se ha asignado a los participantes a los grupos, y donde no se han controlado los niveles de la variable independiente (Montero y León, 2007). Con la variante pre-post, con dos grupos, uno de cuasi-control (Labrador, Fernández y Rincón, 2006, citados en Montero y León, 2007).

Se usaron dos grupos, uno de control (GC) y uno de intervención (GI). La participación en el estudio, la asignación a cada uno de los grupos y la participación en el seguimiento a un año fueron voluntarias.

5.3. Instrumentos

5.3.1. Escalas estructuradas

Escala de modos de afrontamiento (WOC en sus siglas en inglés). Desarrollada por Lazarus y Folkman (1986), aunque se utilizó la versión de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) que es la más utilizada en español (Morán, Landero y González, 2010). Escala de autorregistro que consta de 67 ítems, con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3 puntos (desde 0 = en absoluto, hasta 3 = en gran medida), en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó en el pasado. Tiene 8 subescalas que se dividen en 4 categorías: Estrategias activas dirigidas al problema, que incluye la confrontación y la planificación; estrategias pasivas dirigidas a la emoción, que incluye el distanciamiento, autocontrol, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad; estrategia combinada que corresponde a la búsqueda de apoyo social; y la estrategia de no afrontamiento que corresponde a la huida/evitación. Los valores de fiabilidad (alfa de Cronbach) de los ocho factores encontrados por los autores de esta versión son: Afrontamiento confrontativo ($\alpha=$

0.70), Distanciamiento ($\alpha= 0.61$), Autocontrol ($\alpha= 0.70$), Búsqueda de apoyo social ($\alpha= 0.76$), Aceptación de responsabilidades ($\alpha=0.66$), Evitación-escape ($\alpha= 0.72$), Planeación de solución de problemas ($\alpha= 0.68$), Reapreciación positiva ($\alpha= 0.79$). Algunos de los ítems son: “Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)”, “Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor”, “Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás”.

Escala de Resiliencia (ER). Desarrollada por Wagnild y Young (1993). La versión en idioma español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003). Wagnild y Young (1993) construyeron la Escala de Resiliencia (ER) con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Es un instrumento fácil de aplicar, interpretar y calificar y su tiempo de duración es aproximadamente entre 25 a 30 minutos. En su versión española cuenta con una alta fiabilidad de la consistencia interna estimada con el alfa de Cronbach ($\alpha = 0,93$) (Heilemann et al., 2003).

La escala consta de 25 reactivos, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o desaprobación. Todos los ítems se basan en una escala de 7 puntos; a partir del 1 "Estar en desacuerdo", hasta el 7 "Estar de acuerdo". Todos los ítems están escritos en forma positiva y reflejan con exactitud las declaraciones hechas por los participantes. Los posibles resultados varían desde 25 hasta 175 en donde a mayor puntaje, se considera que existe mayor resiliencia. Heilemann et al. (2003) consideran los siguientes valores para determinar niveles de resiliencia: a) resiliencia Alta, de 147 a 175 puntos; b) resiliencia media, de 121 a 146 puntos; y, c) resiliencia baja, de 25 a 120 puntos.

Tradicionalmente se ha usado una división no psicométrica de cinco dimensiones: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo. Sin embargo, en el presente estudio se ha tenido en cuenta el análisis factorial realizado por los autores originales, que determinó que está compuesta por dos factores (Wagnild y Young, 1993):

Factor 1. Se le denominó "Competencia Personal" e indica auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia. Comprende 17 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24). Por ejemplo: "Cuando planeo algo, lo realizo"

Factor 2. Se le denominó "Aceptación de Uno Mismo y de la Vida" y representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Estos ítems reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Comprende 8 ítems (7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25). Por ejemplo: "Soy amigo(a) de mí mismo(a)".

Entrevista Semiestructurada (su tiempo de aplicación es aproximadamente de 45 minutos). Incluye un breve cuestionario demográfico en el que se incluyen datos socio (edad, educación, estado civil) y médicos, (diagnóstico, duración e historial de la enfermedad, tratamiento) (véase Anexo número 2). También se utilizó para ofrecer información acerca de los factores protectores del nivel de resiliencia.

5.3.2. Programa RED, Resiliencia en Desarrollo. Fases de Adaptación de los Pacientes Oncológicos. El programa RED se ha diseñado para la presente investigación y propone cuatro fases que sirven como marco de referencia para los objetivos y las propuestas de intervención a utilizar en cada una de ellas. Las etapas se diferencian y poseen características propias, pero se solapan y no están estrictamente delimitadas en el tiempo ni en la

sintomatología, incluso puede que alteren el orden de aparición o se mezclen entre ellas. Constituyen un marco de abordaje, una propuesta ordenada dentro del caos angustiante y desbordante que puede ser el camino del afrontamiento del cáncer. Las fases se denominan: alarma, aceptación, asimilación y evolución, y se detallan a modo de resumen en la tabla 16.

Tabla 16

Modelo de fases de adaptación de los pacientes oncológicos

	Características	Objetivos Terapéuticos	Propuestas Terapéuticas
Etapa 1. Alarma	Resistencia, desbordamiento de la angustia, búsqueda de información, pactos de silencio	Contención externa; combatir la resistencia; contener el desbordamiento de la angustia; compartir el interés por la búsqueda de información; identificación de las estrategias de afrontamiento; identificar los pactos de silencio	Digerir la patata Mi caso es único Tengo una red En qué creo Repasar y entender Hoja de Preguntas Traigo una mochila Drenar angustia Banderas rojas Orden de prioridades Resistir frente a resilir El personaje Me comunico Diálogo interno
Etapa 2. Aceptación	Capacidad de hablar con naturalidad; mayor ajuste a la realidad; más consciente de los recursos y alternativas con las que cuenta; menos pactos de silencio; la resistencia cede; se centra en afrontar metas pequeñas y alcanzables	Explorar la dinámica psicológica del abordaje que hace del proceso oncológico; promover el reconocimiento del estado físico y psicológico, y el significado del proceso para el paciente y para su red; promover la naturalidad al hablar del proceso oncológico; promover y exaltar actitudes de humildad; promover el reconocimiento de limitaciones y potencialidades para	Seguimiento y toma de decisiones Escucho la angustia Herramientas útiles frente a boicot Hablo conmigo mismo Me apoyo en mi red Yo antes del cáncer Valores como pilares Hasta la luna tiene un lado oscuro Mi espejo

		el afrontamiento del proceso oncológico y sus consecuencias	
Etapa 3. Asimilación	Labor de ajuste a la experiencia y de reconstrucción; reconoce y respeta sus valores e introduce nuevos esquemas; identifica beneficios, herramientas que ha desarrollado; valoración de sus recursos; duelo por su antiguo yo; sentido de pertenencia; nuevos estilos interrelacionales; consciencia de trascendencia	Confrontar la ineficacia de las estrategias de afrontamiento; analizar, valorar y resaltar la evolución; fomentar dialogo interno compasivo; fomentar la flexibilidad mental; identificar cambios en la dinámica de su red; fomentar la paciencia y la autocompasión en la autoevaluación	Gestión frente a control Duelo por mi antiguo yo Mi espejo Huida hacia adelante Bailamos En proceso Valores como pilares Curvas a la vista El miedo en el cuerpo Yo no soy cáncer Todo está conectado
Etapa 4. Evolución	Consciencia del cambio de fase vital, que antecede a la siguiente; carácter ineludible del dolor y el crecimiento continuo, no exento de calidad de vida; aprendizajes conseguidos y lazos estrechados con su red; consciencia de la realidad siempre cambiante; Si mismo como un elemento en continua transformación; consciencia de trascendencia y legado; el ego da paso a la pertenencia; el control da paso a la fe	Consolidar capacidad resiliente permanente; ofrecer una imagen integral del crecimiento del paciente; identificar los cambios realizados y el ajuste conseguido; reconocer las estrategias adaptativas desarrolladas; promover la autocrítica ajustada a las capacidades y limitaciones del paciente; acompañar al paciente en el redescubrimiento de los talentos para ofrecer a su red, así como de su legado y trascendencia	Bambú frente a roble ¿Qué traerá la marea? Hasta la luna tiene un lado oscuro Mirada compasiva Hago lo mejor que puedo La pesada capa víctima/juez Esto también pasará El caballero con armadura Ejercitar la cintura Carné del superviviente Restauración integral Mi segunda oportunidad Un día moriremos, hoy no Para qué frente a por qué Vuelvo al terreno de juego Autocuidado Héroe humano Balance eudaimónico Agradecimiento y reconocimiento Hoy por ti mañana por mi La vida es vida hasta el final Irse en paz La muerte es ineludible, el dolor no Testamento vital Pasar el testigo

Modelo de fases de adaptación de los pacientes oncológicos, elaboración propia

Fase 1. Alarma

Estado del Paciente. El paciente expresa el nivel de angustia que le está desbordando sus recursos internos: “*¡Esto no puede estar pasándome a mí! ¿Por qué a mí, por qué ahora? ¿Que saquen este bicho ya! ¿Qué me está pasando? ¿Cómo voy a poder con esto? ¿Qué puedo hacer para proteger a mi familia de esto? Lo que me pasa a mí, le está afectando a..., tiene consecuencias para..., le importa a..., le ha pasado también a..., me ha quitado el...*”. El paciente se encuentra atrapado por el impacto inicial tras el diagnóstico, intentando utilizar las estrategias de afrontamiento de las que dispone.

La incertidumbre dispara la angustia, las fantasías desastrosas de lo que vendrá invaden los días de pruebas después de haber identificado una señal de alarma. Aparecen sentimientos de culpa por lo vivido y catastróficos de lo que vendrá: “*ya sabía yo que me vendría una tragedia, muy tranquila estaba yo*”, “*ya había dejado pasar mucho tiempo con estos síntomas*”, “*retrase los análisis, estaba muy ocupada*”. Aparecen mitos y creencias perjudiciales alrededor del cáncer: cáncer sinónimo muerte. La angustia no permite la búsqueda de otras alternativas u opiniones, a veces impide la correcta recolección de información disponible.

Función Terapéutica. Contención externa, combatir la resistencia, contener el desbordamiento de la angustia, compartir el interés por la búsqueda de información, identificación de las estrategias de afrontamiento, identificar los pactos de silencio.

Enfoque Terapéutico. En esta primera fase se caracteriza por la escucha empática libre de prejuicios, parafrasear para transmitir la certeza de ser escuchados, hacer resúmenes al final de la sesión de conclusiones de lo que el paciente nos ha transmitido. Tono templado para resaltar sin incrementar la angustia. Trasmisión de empatía para que el paciente sienta que

compartimos su dolor y preocupación. Evitar intentar animarlos con halagos, palabras o gestos histriónicos: *“buenos días”, “que buen aspecto tiene hoy”, “no es para tanto”, “veras que todo saldrá bien”, “no te pongas así”*. El llanto y el enfado es parte de la expresividad, los gritos y agresiones no, es conveniente detener las expresiones agresivas: *“tus gritos no nos ayudan, te estoy escuchando, si hablamos tranquilamente, podremos avanzar”*.

En esta fase inicial, se identifican principalmente las estrategias de afrontamiento que está utilizando y su utilidad, los pactos de silencio que pueden estar sucediendo, y la consciencia que tiene el paciente de la red a la que pertenece. Además de tomar nota de la historia del paciente, estamos atentos a sus verbalizaciones, afirmaciones, negaciones, lo que obvia, lo que evita decir y lo que repite en bucle.

Propuestas Terapéuticas

Digerir la patata. Una vez se confirma el diagnóstico, este es un impacto en la persona y en su entorno muy fuerte que requiere tiempo y herramientas para ser enfrentado y asimilado. El paciente debe ser consciente que para lograrlo cuenta con información y consejo médico especializado, soporte emocional de la red de apoyo, y recursos sociales e institucionales. Igualmente, permitirse los sentimientos que le inundan y confunden son parte del proceso, también es probable que se sienta culpable de lo que le pasa, de lo que ha hecho anteriormente o de lo que no ha hecho (hábitos insalubres, aplazamiento de pruebas, ignorar síntomas, entre otras cosas).

Mi caso es único. También debe tener en cuenta que su proceso es propio, que el desarrollo de la enfermedad no es necesariamente igual que el de otros pacientes oncológicos que conozca, y que toda comparación será tomada en cuenta para analizarla, pero en ningún caso será determinista ni condenatoria. En cuanto pueda, tomará la gestión de su enfermedad,

hará una lista cada vez que vaya a algún especialista, con las preguntas que desee formular. Su día a día es suyo, su estado de salud también, los especialistas están allí para ayudarlo e informarlo.

Tengo una red. De sus verbalizaciones extraemos la información de quien le acompaña de forma más cercana (*círculos concéntricos interrelacionales*), grupos de referencia y de apoyo, así como de aquellos aspectos de su vida que están siendo más afectados por la enfermedad (hijos, pareja, familia, trabajo). Si está demasiado centrado en la angustia, orientaremos las preguntas para que tome consciencia de que no está solo ante la situación que le atemoriza. El terapeuta identificará las características que tiene en su red de apoyo. Aquellos familiares y amigos que promoverán los ejercicios que propongamos en el futuro, los que le acompañan a actividades lúdicas, aquellos que le acompañan incondicionalmente sin límite de expresión, aquellos que le inspiran, aquellos que le ponen límite y tienen autoridad sobre ellos, aquellos que reconocen su trascendencia. Se identificará qué características tiene su red y cómo funciona. Desde el familiar que le acompaña a la consulta, hasta aquel que obvia o le conflictúa, teniendo en cuenta aquel que menciona en su discurso con más o menos frecuencia.

En qué creo. La atención a su espiritualidad es importante, cada cual tiene sus creencias y fe, el paciente identificará esta condición espiritual como parte de su red y descansará en ella. Le animaremos a que otorgue el sentido acorde con sus creencias, a que practique rituales que le sean significativos. Incluso puede presentarse un momento de replanteamiento o de crisis de fe, esto también es significativo. Además de con el terapeuta, el paciente puede buscar con quien hablarlo y analizarlo, la fe también implica un reto filosófico que cada uno puede realizar y buscar sus propias respuestas. Descansar en una fe también hace parte de nuestra red de apoyo, no solamente porque nos une a los demás, sino que eleva nuestra

existencia a otros planos que se escapan de los límites de la muerte y la materia, y eso es importante promoverlo cuando nos enfrentamos a la finitud de la vida.

La espiritualidad está presente también en la experiencia de amor que comparte por su vida, sus intereses y su entorno. Esto constituye sus motivos vitales igualmente. De cualquier manera, la enfermedad no puede impedirle seguir viviendo y compartiendo el amor con cada una de esas facetas de su vida.

Repasar y entender. En esta fase, el paciente tiene la necesidad de repetir toda la información que ha recibido de parte de los especialistas, leer nuevamente los informes, buscar opciones terapéuticas, preguntar la opinión de otros profesionales, hablar incesantemente de lo que le sucede, de lo que siente, de lo que teme. La cantidad de información que reciben en este momento es alta y a veces confusa para ellos. Hay evidencias que señalan que malinterpretan y retienen solo un tercio de la información suministrada (Gil Moncayo, 2015). Técnicas como repetir la información que nos dan y la que damos, preguntar lo que han entendido de lo que hemos dicho. Se animará al paciente a que procure compartir la experiencia con alguien de confianza, incluso es recomendable que le acompañe a las citas médicas, de esta manera, tendrá otro par de oídos para retener la cantidad de información que le ofrecerán en cada visita, además de contar con alguien de compañía le hará sentir más respaldado, su red de apoyo siempre está allí para él/ella, de parte de uno u otro miembro de ella.

Hoja de Preguntas. Una buena idea es disponer de tener un listado de preguntas frecuentes, que enumeren y den respuesta a las posibles preguntas que puedan tener los pacientes sobre su enfermedad: pronóstico, tratamiento, desarrollo de la enfermedad. No solo deben ser preguntas generales, sino que deben incluirse más específicas, como

recomendaciones durante los tratamientos o pre o post quirúrgicos, uso de otros medicamentos, rutinas de ejercicios y dieta, por ejemplo.

Traigo una mochila. El nivel de angustia suele ser alto y los recursos de afrontamiento están desbordados, pero sí existen. El paciente trae una historia vital, plagada de aciertos, superación, pérdidas y sobre todo de herramientas que ha utilizado. Hacer inventario de este balance y utilizarlo para entender la situación que trae y los elementos más fuertes y estables de su historia vital, le ayudará a reconocer sus capacidades y limitaciones.

Drenar angustia. Pueden tener problemas de memoria, olvidando cosas importantes en su rutina diaria, no lograr recordar o incorporar nueva información. Se ven incapaces de llegar a nuevos sitios solos, o a decidir algo acerca de su tratamiento o de su cotidianidad. Muchos de ellos manifiestan estar embotados, sin capacidad de pensar claramente. Su entorno insiste en lo que ellos definen como “*darle ánimos*”. Eso significa que muchos de las emociones que experimenta el paciente están prohibidas expresarlas, o muchas de las ideas no son aceptadas, incluso algunos de los comportamientos no son aceptados: quedarse en silencio, llorar, dormir más, hablar solos. Tal vez porque son inquietantes para el entorno, no solo no son aceptadas, sino rechazadas. A veces ni siquiera es aceptable hablar del tema, y se rechazan visitas que promuevan el abordaje del tema directamente. Nuestro objetivo es drenar el nivel de angustia, animando a que el paciente exprese las emociones negativas que le inundan: verbalice, llore, por ejemplo. Debemos recordar que el paciente está desbordado de angustia e información. Nuestros esfuerzos deben estar en lo contrario: drenar las emociones negativas que están apareciendo, escuchar las diatribas que se están formando en su discurso interno. Suelen tener miedo al dolor, al deterioro, a la pérdida de autonomía o a ser una carga para otros.

Banderas rojas. Debemos identificar los elementos que repiten una y otra vez que le angustian, en cuanto más los repitan, son elementos que debemos tener en cuenta para la siguiente fase, ya que ellos son indicadores de mayor nivel de complejidad o de menor comprensión. Comentarlos con el paciente le da la sensación no solo de que estamos escuchando atentamente, sino que estamos haciendo el mapa con el que vamos a trabajar: *“salta de un tema a otro, no se preocupe, yo tomo nota y hago el mapa para entender la situación, volveremos a ese tema en otro momento”*, *“Parece que este tema es especialmente duro para usted, aquí debemos colocar una bandera roja para estar atentos y volver a comentarlo”*.

Orden de prioridades. Otro objetivo es clarificar la situación personal, familiar y clínica del paciente. además de las necesidades de información que tiene, lo que sabe y lo que quiere saber entorno a la enfermedad. Identificar las necesidades emocionales y físicas, así como las herramientas de afrontamiento de las que dispone para darles una solución.

Resistir frente a Resilir. Durante esta primera etapa puede aparecer la resistencia como parte de los mecanismos de defensa que usan los pacientes. Un importante indicador de menor resistencia tiene que ver con la intención y decisión de hablar con un terapeuta. A pesar de que aquellos que puedan estar presentando un mayor nivel de resistencia tienen verbalizaciones tipo *“pero yo estoy bien, he venido a hablar con usted por si acaso, o porque me dijeron que era bueno para mí, pero yo estoy bien, yo no necesito ayuda...”*. Identificar los elementos rígidos, estáticos e incapacitantes le ayudará al terapeuta a identificar aquellos elementos que dificultará el desarrollo de la resiliencia. Usaremos uno de los principios terapéuticos de Frankl (2015) para atacar la resistencia y poder convertirla en resiliencia, tenemos la libertad y la capacidad para elegir nuestra actitud hacia el sufrimiento. Reconocer el sufrimiento como parte ineludible de la vida, invitarle a recordar cómo ha manejado el sufrimiento en el pasado, cuál

ha sido el coste de haberlo manejado así, el sabor que el dolor ha dejado después de un tiempo, la retrospectiva de cómo ve su actuación en ese momento de su vida. Cada pérdida y sufrimiento como un momento de cambio y crecimiento para haber llegado a ser la persona que es hoy en día. Poniendo el acento en las ganancias tras superar aquello que inicialmente parecía imposible.

El personaje. Otro indicador de resistencia es repetir frases que intentan transmitir la idea de que hay algo muy bueno y fuerte en ellos, a esto le llamaremos “*sostener el personaje*”. Generalmente se identifican por la repetición frecuente de frases que comienzan por “*es que yo soy...*”, “*es que yo no...*”, acompañado de características de fortaleza, capacidad, o falta de ello. Estos personajes son construcciones antiguas del paciente que nos indican el lugar donde se colocan dentro de su red de apoyo: el protector o el protegido, el controlador o el despistado, por ejemplo. Lo más importante de esta situación es el tipo de dinámica vertical en el que se colocan, impidiéndoles relaciones horizontales que les hagan sentir parte de la red de apoyo, y por tanto fuertes en ella.

Me comunico. La comunicación suele resentirse o dejar en evidencia lo que hay de disfuncional en ella cuando la red se enfrenta a que uno de sus miembros tiene cáncer. Hablar de lo que está pasando no es fácil para nadie, pero no hacerlo crea sentimientos de culpa, de desconexión. Se dificulta transmitir a los demás lo que pensamos o necesitamos, por ende, no sabrán cómo ayudar y acompañar como desean hacerlo. Cada decisión o situación nueva que se presente en el proceso implica un reto común, por ello la idónea comunicación constante es importante y fundamental.

Las personas que rodean al paciente también están pasando por un mal momento, todos están juntos en el viaje de la vida y atravesando una difícil experiencia conjunta, a pesar de

ello, algunas personas se muestran alegres y despreocupados, en el intento de ofrecer la mejor cara en medio de la adversidad. Propiciar las oportunidades de hablar con los allegados facilita y aclara situaciones, compartir preferencias, agradecerles esfuerzos o pedir que dejen de hacer ciertas cosas que puedan ser incómodas en un momento determinado, aumenta la confianza y la unión. Muchas veces la buena intención no significa la mejor acción, compartiendo opiniones podrán acompañarse para acompañarse de la mejor manera posible.

Durante el proceso, el paciente y sus allegados no querrán hablar, el silencio cómplice mientras enfocan los pensamientos también es una manera de respeto mutuo, hasta estar listos para compartir verbalmente. Es razonable que este tipo de cosas les haga sentir incómodos, les acompañaremos en el proceso de comprender que son herramientas con las que cuentan los demás para calmar su propia angustia, y las ofrecen desde el amor, cada miembro de la red ofrece lo mejor que tiene en cada momento, no porque sea lo merecido/justo/necesario, sino porque ellos no pueden hacerlo mejor en ese momento.

Si el paciente se siente preparado y cómodo, se le invita a que hable con otras personas que hayan pasado por la misma experiencia oncológica. Sentimientos de extrañeza o rechazo surgen en algunas ocasiones al ver cómo otras personas expresan y vivencian la enfermedad. Es una buena oportunidad para que el paciente practique la tolerancia y la compasión por la diferencia, recordando que cada uno hace lo que puede y con las herramientas con las que cuenta. Será parte del aprendizaje que esté desarrollando en ese momento.

Se le invita a que escuche con atención dándose la oportunidad de identificar en qué lugar se coloca la otra persona, sus miedos y sus angustias, encontrando los puntos en común, manejados de la mejor manera posible. Este ejercicio fomenta el autoconocimiento en espejo,

la humildad del aprendizaje, reconocer en el otro y en sus circunstancias a un maestro que nos enseña a partir de sus propias experiencias.

Diálogo interno. Hacer hincapié en que la comunicación también es con nosotros mismos, el dialogo interno es un compañero de viaje indispensable, hacerlo de cualquier manera: pensando, escribiendo, dibujando, bailando, ... expresarse y ser consciente de lo emitido, escucharse como el mejor de los amigos lo hiciera, cada uno es el compañero que tendrá el resto de su vida, el resto de su viaje, el testigo de lo sentido en lo más profundo, en lo más auténtico. Les invitaremos a que no se pierdan la oportunidad de conocer la persona más interesante que conocerán en sus vidas: ellos mismos.

Solo en su interior tendrán la oportunidad de vivir y sentir de la manera más profunda que puedan experimentar. Cada situación o experiencia que tenga lugar en su vida necesita pasar por su ser interno para ser realmente significativo y útil en su experiencia vital, no permitírsele es como salir a caminar bajo la lluvia con chubasquero, limitará la experiencia. Este ejercicio favorece la perspectiva, la identificación de lo realmente significativo para el paciente, la identificación de emociones pasajeras, la elaboración del significado, la consciencia del legado, la fortaleza y la sabiduría que puede extraer del proceso.

Fase superada. Los indicadores de superación de esta fase son expresiones de angustia y llanto en descenso, más receptividad deteniendo el llanto mientras escuchan al terapeuta parafrasear sin angustia lo que ellos acaban de decir, mantienen una respiración profunda y lenta. El tiempo dedicado a las frases, recuerdos recurrentes y fantasías desastrosas es cada vez menor, lo que indica que el nivel de angustia es cada vez más bajo.

Otro indicador de logro es la forma como verbalizan lo que les preocupa, no sólo el número de repeticiones baja, las verbalizaciones comienzan a incorporar elementos, frases o

estilos que se han promovido en sesiones anteriores: *“como tú dices, no me estoy pudriendo, tengo un tumor que me están curando...”*, *“como dice mi madre, hoy vamos a aprovechar el sol, ya vendrán más días de lluvia...”*.

Fase 2. Aceptación

Estado del Paciente. El paciente ha desarrollado la capacidad de hablar con cierta naturalidad del proceso que enfrenta, observa con mayor ajuste la realidad de la situación en la que se encuentra, a pesar de que los miedos y las fantasías desastrosas siguen presentes, es más consciente de los recursos y alternativas con las que cuenta, tanto propias como ajenas. La energía orientada al sostenimiento de pactos de silencio disminuye al identificar su inutilidad. El paciente reduce su resistencia y comienza a buscar alternativas para el afrontamiento día a día *“Y ahora, ¿qué puedo hacer?”*. Se centra en afrontar metas pequeñas y alcanzables. Se replantea sus fuentes de información *“Mi relación con el Dr. Google”*. Comienza a identificar las nuevas condiciones vitales que le rodean, y a extraer información de ellas: *“¿Qué voy aprendiendo en el camino, de mí y de los demás?”, “¿Cuál es mi red de apoyo?”, “¿Qué comparto y con quién?”, “¿Cómo manejo la angustia mía y la de los demás?”, “¿Qué angustias no debo manejar?”*.

Función Terapéutica. Explorar la dinámica psicológica del manejo que el paciente va teniendo del proceso oncológico, promover el reconocimiento del estado físico y psicológico en el que se encuentra y el significado que todo el proceso tiene para sí mismo y para su red de apoyo, promover la naturalidad al hablar del proceso oncológico, promover y exaltar actitudes de humildad, promover el reconocimiento de limitaciones y potencialidades para el afrontamiento del proceso oncológico y sus consecuencias.

Enfoque Terapéutico. En esta segunda fase se mantiene la escucha empática y los resúmenes al final de las sesiones, pero se asume un papel más directivo, llevando al paciente al reconocimiento de los elementos de su realidad que necesita atender y gestionar, mediante un proceso de aceptación de esta.

Propuestas Terapéuticas

Seguimiento y toma de decisiones. Para facilitar el nivel de aceptación que tenga el paciente, el terapeuta lo hace también, llamando las cosas por su nombre, abordando la evolución y los detalles del tratamiento oncológico para realizar un seguimiento con el paciente de su situación física y psicológica. Preguntar acerca de los resultados de las pruebas, las fechas de intervenciones, los pasos que va siguiendo, las decisiones que ha tomado junto a los especialistas, etc. El terapeuta pone énfasis en aquellos elementos que van siendo aclarados, en la información exacta de la que ya dispone el paciente, tanto positiva como negativamente, resultados, pruebas, entrevistas, decisiones en los tratamientos, elementos logísticos, todos esos detalles que facilitan o entorpecen la posibilidad que tenga el paciente de afrontar el proceso oncológico. Nuestro objetivo es acompañar en el proceso de aceptación necesario para que el paciente sea consciente de la situación en la que se encuentra, resaltando aquellos elementos urgentes e importantes que debe tener en cuenta en la toma de decisiones y gestión del proceso oncológico. Minimizando aquellos elementos fantasmagóricos, huidizos, autoengaños, fantasías desastrosas, evasiones, aplazamientos, victimizaciones, evaluaciones sobredimensionadas, egocentrismo, autoincapacitaciones y supracapacidades.

Escucho la angustia. Las expresiones emocionales siguen estando presentes en las sesiones, y siguen siendo bienvenidas y aceptadas, y serán orientadas a ofrecer información del estado en que se va a encontrando el paciente y a incorporarlo en su diálogo interno,

fomentando la reflexión de la situación y del abordaje que está haciendo de ella. *“le veo más tranquilo con respecto a...”*, *“¿se da cuenta que si hace se siente mejor?”*, *“veo que cuando hace... está usted más sereno”*. Las emociones displacenteras no solo son inevitables, sino que tienen un carácter de utilidad que ha descubierto: son uno de los canales que utiliza él mismo para darse información y son incluidas dentro del balance cotidiano para la toma de decisiones: *“después del día de la quimio me siento muy mal, ese día descansaré y entenderé que mi cuerpo necesita reposo, no lo interpreto como un bajón, ni tomo decisiones importantes”*, *“cuando me acompaña mi hija a la quimio me siento peor, está más nerviosa que yo y no me ayuda que esté saliendo a fumar todo el tiempo”*, *“prefiero comentarlo en mi grupo de amigas, ellas me ayudan a reírme de mi misma”*.

Herramientas útiles frente al boicot. En esta fase las estrategias de afrontamiento comienzan a presentar los primeros cambios. La estrategia de afrontamiento huida/evitación disminuye, ya que el paciente se siente más capaz de abordar su situación de forma más realista, e identifica las herramientas que tiene para ello. La sensación de impotencia e incapacidad que fomentaba el uso de esta estrategia de no afrontamiento ha disminuido, y permite el reconocimiento de otras formas de abordar la situación. Igualmente, los pactos de silencio disminuyen o desaparecen, ya que no solo la energía disponible para ello disminuye, sino que identifican menos utilidad en sostenerlos.

Hablo conmigo mismo. El diálogo interno se ve enriquecido por nuevos elementos, comprensivos y compasivos acerca de la situación que le ha tocado vivir, se expresa de forma diferente de las características de su estado físico y psicológico, reconociendo con mayor apertura mental las situaciones en la que se encuentra y la forma cómo puede hacer frente a ellas.

Me apoyo en mi red. El reconocimiento y sensación de agradecimiento y pertenencia a sus grupos de referencia y a su red de apoyo se incrementa, a pesar de que puede experimentar mayor consciencia del efecto que el proceso oncológico tiene sobre sí mismo y sobre los que ama y le rodean. Toma conciencia que el cáncer es una experiencia grupal, que no está solo. Su consciencia de pertenencia puede afectar sus interacciones, incrementarlas o disminuirlas, pero las hace más auténticas, compartiendo con quienes elige los adelantos en los tratamientos oncológicos además de los adelantos terapéuticos.

La identidad individualizada comienza a dar paso a la identidad colectiva, de donde extrae valores que le apoyan en el proceso oncológico, de forma emocional y logística. Sus verbalizaciones se tinturan de esta nueva necesidad, viviendo de forma inevitable aquellos elementos de su realidad que le favorecen o que le entorpecen en el afrontamiento activo. Se siente más capaz de identificar dentro de su red de apoyo las personas en las que puede apoyarse, aquellas que facilitan la aceptación de la situación, y aquellas en las que debe mantener distancia o poner filtro, para evitar desgaste emocional. Identifica con mayor claridad el estado de angustia que presentan las personas que le acompañan y le rodean, ofreciendo respuestas de contención interna y externa en esas interacciones. Se incrementa la sensación de pertenencia y de fuerza dentro del grupo, a pesar de aquellos elementos que sean más perturbadores.

Yo antes del cáncer. El orden de prioridades cambia, identifica que lo que tenía por importante y por inaplazable, ya no lo es tanto, y entiende su nueva situación, respondiendo a ella de forma más adaptativa. El personaje se identifica y se tambalea, se dan más permiso de realizar ciertas actividades que pudieran ser censuradas por algunas personas de su entorno.

Valores como pilares. Tras identificar los valores espirituales que tenga el paciente, los usaremos como parte del proceso de aceptación, lejos de la estoicidad, lo ineludible de la situación le ayudara a no gastar más energía en la eludir y aplazar, conectándolos con principios espirituales que le generen soporte moral, trascendencia y sentido a la experiencia.

Hasta la luna tiene un lado oscuro. En esta fase permanecen sentimientos de enfado, como parte de los elementos de afrontamiento de los que dispone el paciente. Estas expresiones siguen siendo bienvenidas, ya que son menos incapacitantes que la estoicidad, y más activadoras que la tristeza, y pueden ser útiles para el paciente a la hora de dar respuesta a las demandas de la situación.

Mi espejo. También, como en cada fase, la oportunidad del paciente de compararse con otras personas favorece la labor de autoanálisis, la comparación que hace el paciente, reconociendo en otras fases que ya ha superado, les ayuda a identificar su propia evolución personal y fomenta la compasión por su historia personal y por la de los demás, hayan o no pasado por una experiencia oncológica.

Fase superada. Los indicadores de superación en esta esta fase son una mayor capacidad en el paciente de iniciar acciones, generar recursos nuevos y creativos, buscar alternativas, identificación de recursos, reírse de sí mismos y de elementos de la situación. El llanto compasivo reemplaza el angustiante. La contención emocional es más efectiva. La verbalización en bucle ha desaparecido, el discurso es hilado, indicador que el discurso interno está más sereno y ordenado.

Fase 3. Asimilación

Estado del Paciente. El paciente se encuentra inmerso en una labor de reconstrucción personal tras el colapso, ya no contempla la opción de escapar o mirar hacia otro lado, y ya

cuenta con la serenidad suficiente para hacer labor de ajuste a la experiencia y responder a ella en consecuencia, respetando sus valores y reconociendo los nuevos esquemas necesarios para integrar la experiencia en su historia vital. Comienza a identificar, dentro del derrumbe vital, algunos beneficios acaecidos tras el cataclismo, herramientas que ha desarrollado, que ahora hacen parte de su patrimonio personal, y usa sus nuevas capacidades para los retos vitales que tiene por delante. Ha ajustado la valoración de sus propios recursos, así como los recursos con los que cuenta de su entorno. Tiene igualmente consciencia de que nunca volverá a ser el mismo, y que tiene una red con la que cuenta que le sostiene y a la que pertenece. Ha elaborado nuevas formas de relación, de cesión y de trascendencia. Sus valores y afectos han sido transformados, algunos fortalecidos, algunos apartados, pero todos valorados sin juicio moral.

Función Terapéutica. Promover la identificación de las necesarias transformaciones del paciente oncológico a través de su experiencia con la enfermedad, confrontar al paciente ante sus estrategias de afrontamiento no eficaces. Analizar, valorar y resaltar la evolución alcanzada a través de la experiencia oncológica, fomentar dialogo interno compasivo y flexible con respecto a los cambios ocurridos en su vida y sus prioridades vitales. Fomentar el reajuste de nuevos conceptos y formas de entender las situaciones. Acompañar en la identificación de la nueva situación en la que se encuentra dentro de su red de apoyo y la función que cumple dentro de ella. Promover la flexibilidad mental para aprehender las experiencias que están enfrentando dentro del proceso oncológico, y fomentar la paciencia y la autocompasión en la labor de autoevaluación.

Enfoque Terapéutico. En esta etapa el paciente comienza a tomar conciencia, acompañado y ayudado por el terapeuta del significado del proceso oncológico está teniendo para él; ya no solo aborda los temas con naturalidad, sino con la capacidad y certeza del que lo

ha vivido en carne propia, identificando las consecuencias que todo el proceso está teniendo para él y para su red de apoyo.

Para facilitar la capacidad de asimilación que tenga el paciente, el terapeuta resalta las diferencias que identifica en el discurso del paciente y en las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente durante todo el proceso, resaltando la capacidad y los resultados obtenidos en los procesos enfrentados.

El objetivo terapéutico consiste sobre todo en facilitar la asimilación de las experiencias vividas en el proceso oncológico, fomentar la actitud crítica y autocrítica, promover la compasión y la templanza en el diálogo interno, interviniendo para que el doble papel de juez/víctima sea reemplazado por la comprensión interna que comparte con todos los círculos concéntricos de su red de apoyo. Promover la toma de perspectiva que le ha otorgado la enfermedad para reevaluar el proceso y sus efectos, en él, en su vida y en su cotidianidad, y en su futuro.

Se hará especial énfasis en que incluya dentro de este inventario los efectos en su entorno, en su legado, en su trascendencia, para promover que el alcance de esta consciencia llegue lo más lejos y profundo en la siguiente fase de la terapia, evitando así que vuelva a la elaboración centrada en el yo e individualista que se pretende dejar atrás.

Propuestas Terapéuticas

Gestión frente a control. Ante la sensación de control que va recuperando el paciente, el terapeuta pone énfasis en las capacidades desarrolladas por él/ella, en su capacidad de gestión de la situación, y en los resultados positivos obtenidos de las decisiones que ha tomado. Igualmente, hace balance de la capacidad que ha desarrollado ante los retos enfrentados, y en el desarrollo personal que esto ha implicado. La asunción de los límites propios de su

enfermedad, constituyen una buena oportunidad de trabajar valores como la paciencia, la humildad y la flexibilidad. El terapeuta sigue minando la fantasía de control y refuerza la de gestión, para promover estos valores aprendidos: “*Me despido de lo que pierdo, nunca volveré a ser la misma persona*”, “*Qué sí puedo hacer, y qué no puedo hacer*”. La sensación de capacidad de gestión está siendo recuperada, en la medida en que la situación lo permite.

Duelo por mi antiguo yo. A pesar de que la expresión de emociones negativas parece haber quedado cada vez más en el pasado, se mantienen en esta fase, sobre todo cuando el paciente comienza a tomar conciencia de lo que ha dejado atrás, de lo que nunca volverá a ser como antes. Sentimientos de dolor y enfado caracterizan esta fase, presentando elementos similares a un duelo: el viejo yo ha desaparecido y estamos frente a la posibilidad de diseñar una nueva forma de abordaje vital, con nuevas experiencias, nuevas características físicas, y nuevas pérdidas que debemos asumir y superar.

Mi espejo. El dialogo interno se ha visto enriquecido, por formas de autocontención, nuevas estrategias de afrontamiento se han explorado, y los estilos de afrontamiento pueden haber sufrido cambios fundamentales, ha habido cambios en el reconocimiento de los propios límites y capacidades, tenemos un nuevo concepto de nosotros mismos, de los que nos rodean, incluso de la vida y del futuro. Tiene la oportunidad de identificar los cambios que la experiencia ha causado en sí, y en su manera de ver las cosas, su vida, sus relaciones, su futuro. Tiene consciencia de que debe adaptarse a la nueva situación y de que su forma de ver su vida y de presentarse ante ella, ha cambiado.

Huida hacia adelante. El terapeuta debe reforzar la capacidad compasiva ya que, al incrementarse la capacidad de gestión, el paciente se ve tentado en colocar toda su sensación de poder en el control y no en la compasión. La autoexigencia puede volver a aparecer, la

necesidad de volver al *estatus quo* y recuperar una identidad pasada, incluso reforzada por el poder conseguido y demostrado. Aparece la prisa por dejar toda la experiencia atrás, la impaciencia en el caso de no lograrlo o el autocastigo por no ser capaz de conseguirlo.

Bailamos. El ajuste social sigue su dinámica cambiante e intenta ajustar los cambios del proceso, cada fase del tratamiento superada, cada cambio físico, cada síntoma, cada ajuste exige cambios igualmente en la forma como el paciente analiza la situación y cómo espera ser tratado por su entorno y por su red. Su situación dentro de la misma también requiere ajustes, y a veces el entorno no cambia tan rápido como su propia percepción de la situación. Identifica los elementos de su red que cambian y se transforman con él, ajusta sus intereses e inquietudes con aquello que va asimilando en su interior. Ofrece a su red aquello que va surgiendo dentro de él/ella, como su experiencia propia y personal. Su lugar dentro de la red cambia, pertenece a ella y ofrece su experiencia como parte de su bagaje personal. Experimenta el vértigo de la experiencia que está viviendo, de los peligros que tiene el proceso oncológico, de las situaciones que ha vivido y dejado atrás. Los cambios en los valores son compartidos por su red de apoyo, o no.

En proceso. La escala de valores del paciente y sus expectativas se han visto seriamente modificadas, se promueve el reconocimiento de los cambios acaecidos, no solo en su capacidad y características físicas, sino en las psicológicas. Se explorarán los cambios que se puedan estar presentando en las creencias del paciente, identificando aquellos que se han quedado obsoletos y resaltando aquellos que tengan un carácter más flexible e integrador de su nueva realidad.

Valores como pilares. Todo ello se versará alrededor de los valores propios del paciente, haciendo inventario de los posibles cambios en este sentido, promoviendo una autocrítica benevolente en aquellos aspectos en los que tienda a juzgarse con dureza o

experimentar algún tipo de decepción o fracaso, resaltando aquellos que ha mantenido y potencializado, sobre todo aquellos que le otorguen una sensación de legado y trascendencia.

Curvas a la vista. Las expresiones emocionales del paciente se caracterizan por la incertidumbre ante la nueva fase que enfrenta, tanto como si debe reincorporarse a un trabajo, dejar los tratamientos, terminar el proceso de seguimiento de la enfermedad, delimitar un nuevo rol social (jubilado, discapacitado, esterilidad, menopausia, por ejemplo), o se prepara para morir. En esta fase el paciente es consciente de las nuevas herramientas con las que cuenta para el enfrentamiento.

El miedo en el cuerpo. Es posible que el nivel de alarma dé paso a un nivel considerable de tristeza, al ser consciente con vértigo de aquello por lo que ha pasado. Las expresiones emocionales negativas siguen siendo bienvenidas como en todas las etapas, en esta se caracteriza más por una mezcla de alivio e incertidumbre, que debemos compensar con la capacidad de autocompasión. El paciente enfrenta los cambios identitarios: quién era y quién es en la actualidad. La invitación del terapeuta está en el sentido de que se permita disfrutar, reírse y divertirse, combinándolo con los momentos de tristeza y desasosiego, pero no renunciando a ello. Es posible que sienta que no logra disfrutar como antes, pero todas las dosis de alegría que pueda procurarse son parte del tratamiento vital que él/ella mismo se administra, y le devuelve la certeza de que sigue vivo. Los momentos de expresión de llanto son importantes, igual que los momentos de expresión de alegría.

Yo no soy cáncer. Se promueve la no identificación de la persona con la enfermedad: “*Yo no soy cáncer*”. Aun así, el cáncer puede ser vista como un compañero temporal de viaje, no como identidad propia. El cáncer como un maestro: “*¿Qué me deja?, ¿qué nos deja a todos los que están conmigo (en la red)?*”, “*¿Qué vamos ganando?, Lo que pensé que no era capaz,*

ahora veo que sí lo hice”. Se trata de aplicar principios similares a los que se hace en las prácticas narrativas de externalización, haciendo ver al cliente, que él es el mismo, no el problema que le afecta, aunque tiene una relación con este (White, 2007).

Todo está conectado. Hacer énfasis en la conexión con la vida en momentos de desgarramiento profundo o de dolor que nos desconecta y nos mete en una burbuja de aislamiento o descreimiento de que nuestra vida carece de sentido. Recordar aquello que le ha dado sentido en otro momento y remarcar aquello que es posible seguir disfrutando, tanto las experiencias hedónicas, como las eudaimónicas. Aquellas en las que ha obtenido placer conectándose con los sentidos corporales, y aquellas en las que se ha conectado con el sentido superior de la vida, experimentando dignidad y significado: amor, belleza, paz, conexión con los demás y con Dios, con la naturaleza, con las mascotas.

Fase superada. Esta fase se trenza con la siguiente fase denominada evolución, ya que como indica la literatura científica, el desarrollo de la resiliencia es un continuo vital, ya que muchas de las experiencias pasadas siguen otorgando perspectiva y son releídas con los años, y se extrae de ellas la capacidad para evolucionar como personas resilientes. Las capacidades de asimilación de estas experiencias son multiplicadas con los años y con las lecturas posibles que hacemos en posteriores etapas vitales. Sin embargo, podemos decir que esta fase termina cuando la persona da por finalizada la etapa del proceso oncológico y comienza una fase posterior, la reinserción en las actividades como expaciente o en el peor de los casos, la preparación para la muerte.

Fase 4. Evolución

Estado del Paciente. El paciente se enfrenta a una finalización del proceso, a sabiendas que el fin es solo parte de un nuevo comienzo y que, en espiral, la vida le pondrá una y otra

vez en situaciones como la que está superando. Sabedor de que es capaz de hacerlo, se enfrenta a la realidad ineludible del dolor y el crecimiento continuo que va a despojarle de cierto nivel de bienestar, pero que no puede llevarse la capacidad de vivir con calidad, porque es allí donde la vida comienza a dejar de valer la pena.

Con esta certeza se siente preparado para enfrentar una nueva etapa vital, incluso si es la última. Enfrenta esta nueva fase con los aprendizajes conseguidos y con los lazos estrechados con la red que le ha acompañado durante el proceso oncológico. Se reconoce a sí mismo como alguien nuevo, en una situación nueva, siempre cambiante, siempre cercana. La visión que tiene de sí mismo y de lo que comparte ha cambiado, busca y está conectado con valores de trascendencia y legado que antes no estaban dentro de sus prioridades. La importancia del ego da paso a la importancia de pertenencia, la necesidad de control da paso a la necesidad de confiar.

Función Terapéutica. En esta fase el terapeuta completa su labor como *tutor de resiliencia* (Cyrułnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003), sentando las bases para que el paciente se posicione en una perspectiva resiliente desde donde analizar lo ocurrido, y desde donde abordar lo que va a ocurriendo en su vida. El terapeuta le ofrece al paciente una imagen integral del crecimiento que ha observado en el paciente, le ayuda a identificar los cambios realizados y el ajuste conseguido, reconociendo aquellas estrategias adaptativas utilizadas y promoviendo una autocrítica más ajustada a las capacidades y limitaciones del paciente. Mediante este ejercicio, el paciente reconoce sus capacidades y valora aquello que puede realizar y los resultados que obtiene al hacerlo.

Igualmente, el terapeuta fomenta el redescubrimiento del paciente después de la experiencia oncológica. Hay una nueva persona, haciendo cosas nuevas, teniendo respuestas

nuevas, talentos nuevos, asumiendo los eventos de forma diferente y obteniendo mejores resultados, en la capacidad de ofrecer mejores talentos a la red a la que pertenece, y con la que ha estrechado vínculos, y en la que se siente útil e importante. Incluso en el caso de enfrentamiento de la etapa final de la vida, como una fuente de experiencia vital, que dejará como legado a la generación que le sucede.

Enfoque Terapéutico. En esta etapa el terapeuta fomenta y asienta la interpretación resiliente de todo lo experimentado en el proceso oncológico, tanto para él/ella mismo/a como para lo que el/la paciente comparte con su red. En vez de centrarse en sí mismo, fomenta el énfasis en el reconocimiento de sus talentos, y en la importancia de éstos, en cuanto sean compartidos con su red y que sean útiles para los que le rodean.

En esta etapa de balance, el terapeuta pone énfasis en los resultados positivos obtenidos, en los aprendizajes adquiridos, en los retos superados, en el buen hacer desempeñado y que servirá de legado social y familiar, en la diferencia que observa el estado inicial y el estado final del paciente en el proceso oncológico y/o terapéutico. Ayudará al paciente con la confrontación y con ricos análisis con respecto a la búsqueda de significados y la toma de decisiones.

El terapeuta fomentará el autorreconocimiento como necesidad del paciente por todo el trabajo realizado en el camino de la enfermedad, y el crecimiento y la evolución alcanzada, acompañará al paciente en el reajuste de su sentido vital.

En esta etapa se consolida la resiliencia, el/la paciente es consciente de que nunca volverá a ser el/la mismo/a, que se ha dejado mucho en el camino, y que está en época de reconstrucción.

Propuestas Terapéuticas

Bambú frente a roble. Se pondrá especial énfasis en la gestión y flexibilidad en el abordaje de los sucesos vitales que traerá el futuro, versus el control y la rigidez estática que solo traen decepciones incapacitantes, y que facilitará dar respuesta a los cambios y reveses que inevitablemente traerá el camino vital.

¿Qué traerá la marea? El terapeuta fomenta el continuo redescubrimiento de sí mismo/a y de sus talentos y herramientas personales, de la misma forma que insiste en que su red apoyo estará igualmente disponible en la próxima embestida vital. El carácter cambiante y evolutivo de los seres humanos y de sus redes de apoyo. El reconocimiento de los eventos y nuestra aceptación de ellos es lo que marca la diferencia entre destruirnos y enriquecernos de las experiencias que nos toca vivir. Las expectativas son el tobogán directo hacia la frustración.

Hasta la luna tiene un lado oscuro. En esta etapa, el/la paciente ha conseguido identificar, nombrar y expresar las emociones negativas, siempre presentes en su condición humana, y que son fuente de información necesaria para su adaptación y su interacción con el medio. Ha aprendido que lo que le enferma no es experimentarlas, sino reprimirlas. Ha identificado el daño que sufre al intentar mutilarlas de su experiencia vital, al igual que ha identificado el carácter adaptativo que tiene el dejarlas fluir como parte de sus respuestas socioemocionales (poner límites, reforzar alianzas, expresar empatía, afianzar la asertividad). El autoconocimiento es muy importante en esa fase, ya que ahora se echa mano de herramientas que se han podido pulir en el proceso, ajustándose a la nueva realidad que tienen entre manos.

Mirada compasiva. La capacidad que tiene el/la paciente de reconocerse y valorarse como su mejor amigo/a y compañía, se trenza con el reconocimiento del valor que tiene lo que ofrece a su red de apoyo, y del porqué es un elemento importante en esa red. Al mismo tiempo

que identifica las deficiencias y limitaciones propias que le hacen necesitar de otros para seguir su evolución personal y vital, similares a las que poseen quienes le rodean, la compasión como herramienta de reconocimiento y valoración del otro. Trabajar la autocompasión que reemplaza la autoexigencia ayuda al paciente a prepararse para darse a sí mismo y a la red una compasión enriquecedora: *“No pasa nada y si pasa, tampoco pasa nada”*.

Hago lo mejor que puedo El terapeuta trabaja la diferencia entre autoaceptación y autoindulgencia. Señalando la importancia de la gradualidad del desarrollo humano, y de la necesidad de respetar su ritmo y sus características. Algunos se encontrarán sin fuerza, agotados por las fases que están dejando atrás. Animarlos a aceptar con compasión su nuevo ritmo, las nuevas experiencias por las que están a punto de pasar (volver al trabajo, dejar de ir a revisiones frecuentemente, dejar de tomar ciertos tratamientos, reencontrarse con miembros de su familiar, dejar su condición de enfermos) requiere una fuerza que volverá, pero a su tiempo.

La pesada capa de víctima/juez. La identificación del bloqueo emocional que implica la autoexigencia y el autofustigamiento, le ofrece la oportunidad de templar las expectativas que tiene en sí mismo y en los demás. Por otro lado, la identificación de la intolerancia que emerge de la frustración y de la inmovilización, le ofrece la oportunidad de comprometerse con su desarrollo personal, en vez de seguirlo aplazando. Cuando hay dificultades con algún miembro de la red de apoyo, se estimula la empatía con lo que el paciente podría sentir o pensar si fuese la otra persona *“debe ser duro para él verte así”, “¿tú qué harías en su lugar?”, “a veces, no estamos preparados, simplemente nos bloqueamos”, “confío en el amor que siente por ti, su ausencia o falta no se trata de eso, está relacionada más bien con sus propias limitaciones, ¿cuáles son las tuyas?”, “yo también me enfadaría, es humano enfadarse, ¿a ti*

no te ha pasado?”. Poner énfasis en las experiencias previas de amor y cuidado mutuo, que siempre pueden volver al presente, mientras tengamos tiempo.

Esto también pasará. La gestión del sufrimiento desde la aceptación del dolor como parte fundamental de la vida se ha trabajado durante toda la terapia, y en esta etapa cuando las buenas noticias parecen volver a estar presentes, se trabaja desde el bienestar, así como se trabajó desde el malestar. Poniendo énfasis en la dinámica cambiante de los valores que otorgamos a los eventos con el tiempo y la perspectiva: *“cuando perdí aquello, sentí que me moría y, sin embargo, seguí adelante y volví a ser feliz, ahora solo necesito tiempo para que esto pase, y volveré a sonreír...”*, *“aquello que me hizo tanta ilusión y ser feliz, al correr el tiempo ya se convirtió en algo cotidiano que no me entusiasmaba como entonces”*.

El caballero con armadura. Se trabajará la inutilidad del personaje, de aquellas máscaras que nos separan de la red, tras de ella se queda nuestra autenticidad, y se bloquea la capacidad que tenemos de interactuar y enriquecernos mutuamente con el otro. Además, nos impide la identificación de los matices y cambios propios que tiene la red como elemento vivo y dinámico. Se identifica si se está produciendo una *“anestesia emocional”*, lo que se reconduciría como una perspectiva más templada, menos histérica de la emoción de lo inmediato, más consciente, más adulta, con más presencia. Las sensaciones de vacío como oportunidad para redescubrir su mundo, un futuro como una hoja para colorear de lo que se elija. La desilusión como una oportunidad de acoger la vida con más templanza, con más aceptación, y con la oportunidad de disfrutar de pequeños detalles, la indefensión como la oportunidad de aprender a confiar ineludiblemente, de disfrutar del compromiso de necesitar y ser necesitado, el sentido de la vida o la ausencia de este, como un momento trascendental

para ver la vida desde una nueva perspectiva. Explorar los cambios, pérdidas y ganancias en los roles familiares, qué se ha ganado y fortalecido en ese período.

Ejercitar la cintura. Se toma consciencia de que otro reto personal nos espera a la vuelta de la esquina, relativizar la zona de confort, haciendo balance de que cada salto cualitativo vital ha sido provocado por una necesidad forzosa de salir de la zona conocida y explorar nuevas alternativas de afrontamiento para seguir evolucionando. Igualmente, ante el reto de la muerte, el legado de aprendizaje flexible y abierto a la evolución en el ejemplo que dejamos a las futuras generaciones. El carácter dinámico de la vida es igual al del desarrollo de resiliencia, se hace énfasis en un continuo en vez de un carácter estático y generador de nuevas certezas y tomas de consciencia que sobrevendrán en el futuro, que garantizarán la continua evolución y la transformación a la que estamos abocados los humanos. Esta consciencia ayuda al paciente a reconocer y familiarizarse con el carácter dinámico, a mantener la puerta abierta de la experiencia y a alimentar su diálogo interno abierto a nuevas posibilidades de análisis y de acción.

Carné de superviviente. El haber superado un proceso oncológico y haber sido rozado por la muerte le da una perspectiva nueva al paciente, que le otorga un poder del que puede ser consciente o no. La gestión de la consciencia de la vida y de la muerte se hace desde un lugar diferente, más empoderado por las experiencias superadas, por el camino recorrido, que les ha hecho replantear cosas que antes ni siquiera las habían pensado.

Restauración integral. Muchos pacientes intentan o creen necesario hacer una réplica de lo que han perdido, nuestro trabajo con ellos es similar a los “*ya que...*”. Ya que hay que hacerlo de nuevo, hagámoslo mejor. Siempre hay ciertas situaciones y rutinas que no eran del todo satisfactorias para los pacientes de su vida previa al cáncer. El terapeuta incita a incorporar

cambios y ajustes que se parezcan más a lo que ellos desean que sea su vida, no hace cambios por los pacientes, solo les animará en el proceso. Hay cierta necesidad de toma de decisiones y ajustes, en la medida de que ya no están dispuestos a volver a lo mismo, cuando no era de su total agrado.

Mi segunda oportunidad. Muchos pacientes valoran esta fase como un renacimiento, y es aquí donde son capaces de ver la luz al final del túnel, y donde su balance general puede arrojar un resultado positivo o negativo. Por eso es muy importante haber ajustado las expectativas durante el proceso, porque la sensación de pérdida es más evidente que la de ganancia. Depende del trabajo terapéutico, de dónde se coloque el acento durante todo el proceso, ya que esto matizará el balance que el paciente incorpore a su dialogo interno.

Un día moriremos, hoy no. La tristeza por lo vivido, la preocupación al terminar el tratamiento, La inseguridad de creerse capaces, La incertidumbre de las recidivas. Muchas de estas emociones hacen que esta fase no esté exenta de emociones negativas naturales. Eso no debe anular el sabor dulce de la fase concluida. El ponernos en el hoy que ganamos, que ayer temíamos no tener, y que en el mañana agradeceremos haber disfrutado. El haber trabajado la aceptación de la vulnerabilidad y la conciencia del ahora nos ayuda a conectarnos con lo que hoy podemos tener y mañana por ley de vida perderemos. Pero ahora nos han dado un poco más de tiempo. Un año, diez o cincuenta, pero con la mayor calidad posible. Somos más felices en la medida de que somos más conscientes de lo que sí tenemos, y que podemos disfrutar hoy. Vivir sin esperar nada nuevo, como una oportunidad de dejarnos sorprender, de acoger la vida con los brazos abiertos. Valorar la aceptación de la muerte como parte de la aceptación de la vida, el deterioro llegará antes o después, pero la muerte es parte de la vida, “*un día nos vamos a morir, pero hoy no*”, el dolor y la muerte como parte de la vida, la pérdida de autonomía y

ser una carga para otros es una oportunidad para fortalecer la red: “¿Recuerdas cuando cuidaste a tu madre o a tu abuela enferma?”, “¿recuerdas cuando tus hijos eran pequeños? ahora la pequeña eres tú y ellos están tan encantados como tú de hacerlo”.

Para qué frente a por qué. Agradecimiento y reconocimiento de las cosas vividas, de las compañías en el proceso, y de lo aprendido de nosotros mismos. Nos hemos sorprendido a nosotros mismos, con fuerzas que no pensábamos tener, nos asusta asomarnos al abismo que hemos sorteado, y que hemos dejado atrás. Fomentar en el/la paciente que entienda la vida como un legado vivo (Breitbart et al., 2012), promoviendo el entendimiento del legado propio a través del tiempo, el que se obtiene del pasado, el que vive en el presente y el que dejamos para el futuro. Se comienzan a identificar significados a la experiencia vivida, comienza a surgir el tono de agradecimiento a lo vivido, a lo sufrido. Se reconoce que, si no hubiera sido por el proceso de enfermedad, no hubiera sido posible saber la fuerza de que se dispone, de qué se ha sido capaz, de reconocer nuevas prioridades vitales, de relacionarnos con la intensidad que ahora lo hacemos. Sin olvidar lo perdido, se elabora un relato personal de ganancia, progreso y crecimiento.

Condición de Supervivencia a la Enfermedad

Vuelvo al terreno de juego. La reinscripción del paciente a su vida como un sujeto renovado no será nunca fácil, parte de su red espera que vuelva la misma persona que se fue, pero en gran medida eso no será posible. Se encontrará con nuevos retos que pongan a prueba lo aprendido en el proceso oncológico, y deberá reconquistar espacios dentro de los escenarios sociales en los que quiere participar. El reconocimiento de las limitaciones y angustias de los que le rodean hará más fácil el proceso, la expresión asertiva favorecerá la comunicación para

poder llevarlo a cabo, la compasión y la flexibilidad servirán de canalizador de la nueva realidad que tiene por construir.

Autocuidado. El paciente se hace cargo de su salud, en cada uno de los aspectos que necesite hacerlo: comodidad, aseo, bienestar en general, descanso, nutrición, igual que los aspectos psicológicos, meditación, respiración, silencio. Le invitaremos a que procure ofrecerse a sí mismo todo lo que necesita, pedírselo a quien le acompañe y buscarlo activamente como parte de su tratamiento, y de lo que quiere que sea nuestra vida posterior a esta experiencia. Explorando estilos de vida saludables tras la enfermedad, en el terreno físico (comida, ejercicio) y en el terreno psicológico (tiempo de ocio, límites, estilos interpersonales).

El héroe humano. Reconocernos a nosotros mismos como supervivientes siempre en cambio nos devuelve una imagen diferente tras la vulnerabilidad sentida y asumida con humildad. El héroe humano contiene esas dos condiciones al mismo tiempo. Fomentar en el paciente la conciencia de la mortalidad y la finitud. El cáncer nos encara a cuestiones trascendentales como la muerte, la libertad, el aislamiento existencial y el sin sentido (Yalom, 2000). Dentro de la nueva perspectiva que da el enfrentamiento al cáncer, se estimula un nuevo posicionamiento existencial, se busca una mayor conciencia, claridad y profundización.

Atención Paliativa

Balance eudaimónico. Se promocionará el balance trascendente de las pérdidas y ganancias en el proceso de afrontamiento al reto oncológico. El dolor por lo perdido se compensa con la satisfacción de lo ganado, con los beneficios que la experiencia traerá, y con el ejemplo que se lega para generaciones futuras. En el caso en que la siguiente etapa del paciente es la preparación para la muerte, se trabajará el gran reto de la trascendencia y el legado, poniendo énfasis en el valor eudaimónico de su vida, experimentando dignidad y

significado. El valor de su experiencia para lograr irse en paz, y dejar lo mejor de sí para la generación que le continua.

Agradecimiento y reconocimiento. Cuando el final se acerca, el futuro se abre con los rostros de quienes amamos, del agradecimiento de lo compartido, de lo legado, de lo que van a conservar de nosotros. La compañía y el amor es el patrimonio que dejamos y que nos llevamos. Al saldar cuentas encontramos paz. Fomentar la oportunidad de sentirse orgulloso de lo bien hecho, de lo bien vivido.

Hoy por ti mañana por mí. Recordar por quien ha hecho lo que ahora hacen por él. A quien cuidó en el lecho de su muerte, cómo se sentía en ese acto de amor. Lo importante que fue para él/ella tener esa oportunidad, o no tenerla, en el caso de desapariciones o muertes repentinas. Favorecer que los pacientes reconozcan y verbalicen el agradecimiento a quienes les cuidan: “cuando yo sea usted, me gustaría tener a mi lado lo que usted tiene”.

La vida es vida hasta el final. Cuando el diagnóstico es muy grave y la enfermedad es muy avanzada, tenemos tiempo, poco, pero tenemos. Debemos ser muy sensibles al requerimiento del paciente, suelen aparecer verbalizaciones importantes y a veces veladas: “me gustaría que mi hermano no estuviera tan alejado de mi...”, “*me gustaría poder ver más a mi nieto*”, “*estoy cansada de sentirme tan inútil*”. Explorar junto con el paciente aquellas acciones que pueden aliviar su malestar y responder a su demanda, y animarle a una posible resolución: “*¿Qué le impide hablar con su hermano? ¿Qué le gustaría decirle? ¿Cree usted que, si habla con su hijo, podría traer más a su nieto a verla? ¿Qué le gustaría hacer por su familia?*”.

Irse en paz. Asegurarse de si es una demanda real y posible de ser resuelta. A veces, el paciente presenta una lista de demandas reiteradas, que cuya verbalización es lo único que

desean, la atención que les prestamos es la necesidad final de las mismas, ya que no es posible una resolución real (personas ya fallecidas, situaciones irreparables, sucesos vitales difíciles de asimilar del pasado, conflictos con personas que ya el contacto no es posible).

La muerte es ineludible, el dolor no. Cuando el momento de la muerte se acerca, es importante explorar el estado de manejo del dolor físico y emocional que tiene el paciente. Si el paciente se queja de un dolor insoportable, se anima al paciente a manifestarlo y a buscar alternativas con el equipo de cuidados paliativos y con la familia para resolver la situación. Si el dolor psíquico es alto, también se explora la forma de resolverlo junto con el paciente.

Testamento vital. Se le informará y se le dará las alternativas que existen en un testamento vital, y de aquellas últimas voluntades a las que tiene derecho.

Pasar el testigo. Qué legado hemos recibido y qué legado estamos dejando a los que quedan, qué hemos dado y compartido, valores intergeneracionales de los ancestros a los descendientes. Devolver al paciente la imagen de ellos mismos como modelos y soportes para los que ama, fomentando la toma de consciencia de la trascendencia.

Comentarios Adicionales

Durante la fase inicial de alarma, el terapeuta ejerce una labor de contención externa, manteniendo en todo momento una actitud de atención empática constante, asintiendo y recogiendo las palabras y expresiones del paciente, sin mostrar actitudes de rechazo ni exaltación: *“cuénteme”, “claro, debió ser muy difícil para usted”, “no me lo puedo imaginar”, “adelante, siga llorando si necesita hacerlo”*.

En las primeras sesiones, el nivel de angustia del paciente expresado por medio de llantos, verbalizaciones catastróficas o recuerdos repetitivos recurrentes, va dando paso a la posibilidad de examinar y reconceptualizar algunas ideas acerca de sí mismo dentro del

proceso de enfrenta. En este punto, se da paso a la siguiente fase de la intervención: Aceptación.

A pesar de que el nivel de angustia siga siendo alto, y que en esta segunda fase el paciente vuelva a tener sesiones similares a la de la primera, el terapeuta vuelve a ejercer una labor de contención externa, e intentar reconducir, aunque sea al final de la sesión: *“es normal que los miedos vuelvan a aparecer”, “es un camino difícil el que está atravesando, habrá baches que iremos superando”*.

Durante la fase de aceptación se desarrollan herramientas para un mejor manejo de episodios angustiosos, se utiliza la herramienta de respiración consciente que propone el mindfulness como herramienta de autorregulación emocional. Empezar por una técnica simple de respiración ventral, ayuda al paciente obtener los beneficios iniciales: detención del pensamiento, oxigenación cerebral, calma mental, relajación muscular, toma de perspectiva para tomar decisiones.

En la fase de aceptación, la angustia va dando paso a la posibilidad de la consideración de nuevos conceptos y les permite revisar ciertos significados, y en las fases de asimilación y evolución, buscan un nuevo ajuste que les permite recolocarse en lugares internos más flexibles, menos estáticos y por tanto menos angustiosos.

El terapeuta presenta una lectura de la situación alternativa, acompañándola de interrogantes y de invitaciones, nunca de imposiciones que nieguen o invaliden la opinión del paciente: *“es verdad, pero tal vez no es tan así, mire esto otro...”*, *“tal vez usted sigue siendo igual de importante o útil para su familia...”*, *“si fuese al revés, su familiar sería una carga para usted? Tal vez usted no lo sea para él...”*, *“le invito a que considere que es de esta otra forma, podemos comentarlo en la siguiente sesión”*.

En las dos últimas fases el terapeuta acompaña al paciente a enfrentar el cambio y el diseño de su nuevo yo: *“claro, antes podía hacerlo de una manera diferente, ahora está haciéndolo de una forma nueva, pero igual de efectiva, mire...”*, *“ahora está teniendo la oportunidad de hacer lo que antes no tenía tiempo de hacer”*, *“ahora se está dando cuenta de cosas que antes pasaban desapercibidos para usted”*, *“nunca pensó que podía ser tan fuerte/capaz/amado...”*.

Estructura del Programa RED

No existe una delimitación clara entre una fase y la siguiente, al contrario, cada una matiza la siguiente y la anterior, adquiriendo una dinámica en espiral que nos da la sensación de llegar al mismo punto, pero en un nivel diferente. Estas *“vueltas de tuerca”* serán utilizadas para mostrar al paciente la evolución que está teniendo en la asimilación de la situación y de los conceptos que están siendo trabajados en terapia, así como una prueba de su evolución personal.

Recursos físicos necesarios: pañuelos desechables, hojas de apuntes, bolígrafos.

Actitudes terapéuticas: mirada fija y empática, cara relajada, silencios que promueven la expresión fluida del paciente, asentir con la cabeza, oportunos acercamientos físicos cuando el paciente se muestre dispuesto, confrontar, fomentar la perspectiva, promover la autonomía, señalar las incoherencias, cara relajada, parafrasear para favorecer la toma de consciencia, favorecer la liviandad y el humor, fomentar la perspectiva, promover la autonomía, señalar las incoherencias, fomentar la relativización, reírnos de nosotros mismos, exagerar nuestras fantasías desastrosas, relacionar las preocupaciones con recursos y capacidades, fomentar la percepción de controlabilidad mediante la capacidad de gestión.

Ejercicios de atención plena: mini ejercicios de respiración ventral, focalizar la atención consciente en la cotidianidad.

Desarrollo de las Sesiones

Las sesiones tienen una duración de entre 30 y 40 minutos, flexibles, dependiendo del desarrollo de la sesión y del estado físico del paciente, de la rutina de tratamientos en las visitas domiciliarias. Tienen una frecuencia de una vez por semana, en la consulta asignada del centro de salud local, para siempre facilitar el acceso del paciente. En caso de que no sea posible el desplazamiento, se ofrece la visita domiciliaria. Así, durante un año, con una aplicación de posttest al finalizar este período.

Inicialmente se establece una alianza terapéutica, que le permita al paciente depositar su confianza en el terapeuta y le identifique como un elemento que suma a su red de apoyo para el desarrollo de nuevas herramientas resilientes que le ayuden a afrontar su proceso de enfermedad. El terapeuta asume el rol de *tutor de resiliencia*, como sugiere Cyrulnik (1999, citado en Theis, 2003). Se verbalizan las acciones que se llevarán a cabo en el futuro en plural: *“haremos el camino juntos”, “no está sola/o, tiene a mucha gente a su alrededor acompañándole en este proceso”, “todos estamos pendientes de usted”, “esto nos concierne a todos, mañana cualquiera de nosotros estará donde usted está, y será usted quien acompañe y ayude a otra persona”*.

El programa será ajustado de acuerdo con el ritmo de cada paciente, ya que cada persona llega a la experiencia oncológica con una carga experiencial distinta, así como con un equipo de estrategias de afrontamiento distintas, niveles de tensión propios e historial vital diferente. El ritmo de las sesiones y las decisiones tomadas por el paciente serán el marco dentro del que se mueva el terapeuta, serán siempre respetadas por el terapeuta, y serán material

analizado en las sesiones. En el caso de identificar elementos desadaptativos como pactos de silencio, autosabotaje, ideación autolítica, por ejemplo, se promoverá la identificación de los inconvenientes que pueden conllevar: aislamiento, inadaptación, culpabilización, entre otras.

Dentro de las fases del programa hay variaciones, retrocesos y aceleraciones que debemos percibir, respetar y encajar para hacer una devolución apropiada que favorezca una sensación de avance: *“veo que ha vuelto a sentir mucha angustia por la incertidumbre, igual que al principio, pero ahora le veo más claro acerca de las alternativas, ¿Qué ha pensado con respecto a eso?”*, *“igual que un espiral ascendente, parece que estamos en el mismo punto, pero ahora más alto y con más perspectiva”*.

También el ritmo puede cambiar dentro de una misma sesión, hay ocasiones en que el paciente le cuesta encontrar las palabras para expresarse, o simplemente necesita un poco más de tiempo para decir lo que quiere decir, el uso del silencio es fundamental, ya que le da un espacio de respeto lleno de atención en el que se sienta seguro de expresarse de la manera que puede y quiere en ese momento. Dentro del desarrollo de una expresión, la actitud del terapeuta debe ser de receptividad absoluta, transmitida por gestos verbales y no verbales (asentir, mirar fijamente, sonreír, decir *“siga por favor”*, *“le escucho”*, *“aja”*).

El manejo de las emociones es fundamental, el llanto es aceptado, incluso promovido, como parte de la expresión. Se reflexiona acerca de la angustia que genera el llanto en los demás, y se le pide que identifique aquellos elementos de su red con los que es más fácil utilizar este medio de expresión. El enfado es aceptado más no la violencia física o verbal, tras aflorar emociones negativas fuertes, el principio del contrabalanceo emocional nos dice que el individuo se ve llevado hacia emociones más neutras o incluso positivas (Gil Moncayo, 2015). Cuando el paciente está experimentando fuertes emociones negativas, escucha poco y el

dialogo es poco provechoso. En este caso, se debe mantener la calma y la serenidad, mirando atentamente con un gesto neutral, dando toda nuestra atención, acotando si es necesario las reacciones más virulentas *“ve que le estoy escuchando con atención... “¿piensa que es necesario seguir gritando?”* (Gil Moncayo, 2015).

Al principio de cada sesión, el paciente comenta aquello que le parece más relevante de la semana, comenta acerca de los síntomas físicos y psicológicos que ha experimentado, pone al día al terapeuta de los últimos eventos y noticias acerca del tratamiento oncológico que sigue. Se le anima a expresar aquellos detalles que desee compartir y analizar con el terapeuta.

Dentro de todo el programa y sus diferentes fases, habrá sesiones de elaboración fluida o algunas que sean de auténtica descarga emocional de todo aquello que no logra entender y que no ha podido compartir ni resolver con su red de apoyo. Es probable y natural, que haya sesiones que consistan en continuas o entrecortadas verbalizaciones acompañadas de llanto abundante. En todos los casos, el terapeuta acogerá la situación y la expresión de esas emociones con neutralidad, calidez, empatía, mirada fija y acogedora, atención y cercanía.

La necesidad del paciente es poder verbalizar todos sus temores, dudas, experiencias y angustias, volcadas como una mochila sobre la mesa delante de quien le ayudará a acomodarlas de nuevo en ella, de forma ordenada, removiendo aquello prescindible e incorporando nuevos elementos que desatasquen o armonicen su orden interno. De esta manera se fomenta el desarrollo de nuevas estrategias y herramientas para que puedan ser usadas de manera más frecuente y automática por parte del paciente una vez se termine la terapia o en el espacio interconsulta.

El tono, la forma de explicar los eventos, la templanza, la compasión, la ausencia de juicio, el bien hacer, serán elementos que se vayan incorporando en el discurso interno del

paciente para fomentar su autonomía y su sensación de autocontención, evitando así la dependencia terapéutica. El terapeuta insistirá en que la falta de autocontención es un elemento humano y natural, característico de nuestros estadios más primarios, que la función contenedora siempre estará presente en los adultos que nos cuidaron, en nuestra red de apoyo y ahora mismo en el espacio terapéutico, pero que cada vez tiene que estar más presente en su yo adulto real.

Se anima la expresión libre del paciente mediante una pregunta abierta y una observación atenta y un gesto compasivo. “*Hola (nombre del paciente), ¿cómo te encuentras? ¿cómo ha ido la semana? ¿cómo lo llevas? ¿Cómo va todo?*”. De esta manera se facilitará el drenaje emocional que haya cargado durante el tiempo interconsulta, y el terapeuta toma información de las novedades importantes en la realidad que enfrenta el paciente, con respecto a su proceso oncológico e interrelacionar. También implica la validación/normalización de los sentimiento y acciones que expone: “*muchos pacientes dicen sentirse igual que usted*”, y la empatía: “*desde luego, yo también me enfadaría*”, “*¡tuvo que ser muy doloroso!*”. A veces es el propio paciente al que le cuesta acoger su propia realidad, y habla de lo que le dicen u opinan los demás: “*eso opina su hija, ¿usted qué piensa?*”, “*parece que eso es importante para su marido, ¿qué piensa usted?*”, “*si, el otro día le mencioné el tema, ¿qué ha pensado usted con respecto a eso?*”.

Trabajando con el ritmo del paciente, el terapeuta anima a dar detalles de los eventos, pidiendo detalles esclarecedores, para que el paciente no focalice su descripción solo a aquellos eventos que le confirmen su preocupación o derrotismo, o sensación de falta de control de la situación, para posteriormente facilitar el desarrollo de un relato que vaya teniendo coherencia e hilo en el tiempo: “*después de algunos días con mucho cansancio, ese día tuvo fuerza para*

dar un paseo”, devolviendo al paciente el protagonismo de sus decisiones y circunstancias, alejándolo de la sensación de la idea de que son las circunstancias las que le manejan a él y se ve vapuleado por todo lo que le pasa. Siempre se colocará el acento en los eventos, decisiones y emociones resilientes y que reconstituyen la capacidad de gestión de las situaciones.

Siguiendo el hilo del proceso y del conocimiento que se tienen del caso, tomando nota de lo que le preocupa al paciente, lanza observaciones y preguntas específicas acerca de la información que tiene, la toma de decisiones o situaciones concretas que se están desarrollando en la terapia. Se puede unir el tema que nos interesa tratar con lo que el paciente ha expuesto inicialmente: *“Ya veo, es difícil hablar del tema con quien no conoce todos los datos”. “A propósito, ¿ha contactado usted con su hermano, le ha comentado algo de lo que hablamos la sesión anterior?”*.

Las devoluciones que aporta el terapeuta constituyen una invitación para el paciente para replantearse la interpretación que realiza de las situaciones, y es una oportunidad para deshacerse de prejuicios y victimizaciones, e interpretar las situaciones de otra manera, lejos de maniqueísmos, con flexibilidad, resiliencia y compasión, por sus propias limitaciones y las de los que le rodean: *“tendría que haber sido más fuerte”, “debería haberme ayudado” cambiados por “he hecho lo mejor que he podido” y “ha hecho lo mejor que ha podido”, “¿se ha dado cuenta que ahora duerme mejor que antes?”, “ahora puede hablar de este tema sin sentirse ahogado por el llanto”, “te ríes con más facilidad”, “ahora estás yendo más frecuentemente a casa de tu amiga”, “ahora te sientes menos cansada”*.

Herramientas como el parafraseo y el replanteamiento ayuda a tejer una nueva perspectiva: usamos las expresiones que utilice el paciente para promover la reflexión y el replanteamiento cognitivo: *“ya veo, lo que más le preocupa es no tener fuerza para cuidar de*

sus hijas, pero me ha dicho que ayer lo hizo casi toda la tarde”, “me dice que su hermana no la llama, ¿la ha llamado usted?”. La idea es transmitir que le hemos escuchado todo, pero tal vez no lo ha dicho todo, siempre hay otras alternativas y opciones de entender y de hacer las cosas.

Se pueden encontrar situaciones de bloqueo, queja, victimización e impotencia, ya que no se ven a sí mismos y no pueden hacer lo que hacían antes. Desprenderse de los *modus operandi* del pasado, ya sea por imposibilidad física o psicológica, o por haber demostrado que ya no son adecuados o útiles, implica un ajuste yoico difícil y doloroso de conseguir. Buscar nuevas alternativas ayuda al paciente a encontrar qué puede ser, hacer y ejecutar de manera diferente, con resultados nuevos que pueden ser positivos, y que favorecen su expresión vital, calidad de vida y sobre todo la sensación de estar en el mundo y relacionarse con quienes le rodean y le apoyan: *“teme desnudarse frente a su marido por primera vez, después de la mastectomía, ¿qué cree que puede ayudarla cuando llegue ese momento?”*.

También se plantearán alternativas en cuanto a la explicación de las situaciones. Se debe tener mucho cuidado, siempre ofreciendo el beneficio de la duda: *“le voy a comentar mi opinión, por favor, corríjame si me equivoco, creo que el enfado es con usted misma por no sentirse capaz, la impotencia es algo muy doloroso”*. En estos casos es importante confirmar lo que ha entendido el paciente de lo que hemos reformulado, o explicado. Esto nos puede servir de ayuda para estimular una fuente de creatividad y alternativas con la que el paciente no sabe que cuenta y no desarrolla fácilmente.

Las alternativas son del paciente, alentado por el respeto del terapeuta y por la experiencia que ambos van construyendo: *“el otro día me comento que fue más fácil para Usted hablar por teléfono que en persona”, “ahora que hace menos calor, puede volver al*

parque con su hija a medio día igual que al jardín, como me comentó el otro día”, “claro, puede ser más fácil hablar ahora que no está enfadada”.

Los pacientes traen a las sesiones pensamientos rumiantes, frases hechas o temores que les bloquean. Los expresan de forma automática, condenatoria y a veces reactiva. *“yo sería incapaz de volver a recibir quimio”, “ya no soy una mujer”, “mejor si me muero”.* Fuera de la consulta, estas expresiones son rechazadas y condenadas en su mayoría. En la consulta son acogidas y reflexionadas cuando el paciente se muestre dispuesto a ello. Detrás de las mismas, hay una gran carga de angustia y desconocimiento que podemos aliviar, sin manifestar ningún tipo de alarma, tomando perspectiva, fomentando el autoconocimiento, convirtiéndolo en sabiduría y templanza. *“¿qué significa para usted ser una mujer?”, “la muerte siempre es una opción segura, ahora, ¿qué otras tenemos?”.* También sucede que tras de algunas expresiones se encuentran otras fuentes de angustia y conflicto no expresadas directamente, para ello se utiliza técnicas de cribado: *“me dice que no puede atender a sus hijas, ¿le preocupa que su marido no pueda hacerlo mientras está convaleciente?”.*

Dentro del trabajo oncológico, nos podemos encontrar con que tienen lugar sesiones aparentemente nulas y sin mayores avances: sesiones donde el paciente no para de llorar, habla poco o apenas nada, sesiones donde se retoman temas que aparentemente ya habíamos dejado atrás, sesiones de emociones fuertes como las de ira, descreimiento o apatía. Todas estas sesiones son muy importantes y útiles en el proceso del paciente. En ellas el terapeuta tiene la posibilidad de mostrar su disposición respetuosa, y su incondicionalidad al mostrarse abierto a recibir aquellas expresiones emocionales que a veces son rechazadas en su entorno o red social: hablar de la muerte, del cansancio, del dolor, o simplemente no hablar, son parte de la realidad del proceso oncológico y de los derechos que tiene el paciente, y el terapeuta está allí para ello.

Informar y hablar de lo que ha sucedido, le ayuda al paciente a validar estos sentimientos, a fortalecer la alianza terapéutica, a empoderarse como el héroe de su viaje, a liberarse de la culpa, a hacerse cargo de sí mismo y a conocerse mejor. Por tanto, a ser más asertivo, y más claro en sus comunicaciones y peticiones a su red de apoyo.

5.4. Procedimiento

Todos los pacientes diagnosticados con cáncer que eran atendidos en el servicio de atención primaria de su localidad, fueron derivados al servicio de atención psicooncológica por su médico de cabecera, que es quien informa al psicooncólogo los detalles del caso: diagnóstico, proceso de tratamiento actual, posibilidades de tratamiento en el futuro, y el nivel de información que se ha brindado al paciente y a su familia. Una vez en la consulta del psicooncólogo, se le informa al paciente del protocolo a seguir, de la duración de la intervención y de sus objetivos; pero sobre todo se recogen las inquietudes de los pacientes, las razones por las cuales ha aceptado la sugerencia del médico de cabecera y de las expectativas que trae a la consulta de psicooncología. Para muchos pacientes será su primera vez en una consulta psicológica, para otros que la rechacen será la última vez, por ello, debe llevarse sobre todo la certeza de que la atención psicooncológica siempre estará disponible, para cuando lo crea oportuno en el transcurso de la enfermedad.

En el contacto inicial, se ofrece un recibimiento empático, nunca prejuiciado de cada caso, dando toda la información del programa que se lleva a cabo y explicando el estudio y ofreciendo la posibilidad de participar en él. En el caso de que esté interesado y acepte participar, se firma la hoja de consentimiento, y se anota en qué grupo está interesado en hacerlo, explicándole que puede cambiar de opinión y de grupo en cualquier momento del programa (no se produjo ningún caso). Los sujetos del GI que abandonaran la investigación no

serían incluidos dentro del grupo GC, y sus datos no se incluirían en el estudio. Los datos de los sujetos del grupo GC que decidieran comenzar a recibir apoyo psicoterapéutico no serían contabilizados dentro del grupo GI, y sus datos no serían incluidos en el estudio. Se acuerda una primera sesión para iniciar el protocolo a seguir con los participantes del GI.

En una primera sesión se aplicaron los dos instrumentos (WOC y ER), en el caso del GI antes de antes de empezar la intervención con el programa RED, y en el caso del GC en la misma entrevista donde aceptaban participar en el estudio. La segunda aplicación de los instrumentos se realizó un año después en ambos grupos. Las dos aplicaciones se hicieron previa cita en su centro de salud local, en presencia de la autora del presente estudio para resolver las dudas que pudieran tener.

Tras la aplicación de los dos test (WOC y ER) se inicia la intervención con el GI, atendiendo la necesidad apremiante de recibir apoyo psicoterapéutico, necesidad de expresarse, aclarar dudas, y drenar la angustia que traen. Se corroboran y actualizan las características del diagnóstico, tratamiento y fase de la enfermedad mediante un formulario inicial (primeras dos sesiones), al tiempo que se facilita el inicio de la intervención, abordando el grado de alarma que el paciente presente desde la primera sesión.

Se debe tener en cuenta que hay pacientes que ofrecen la información necesaria acerca del diagnóstico de manera espontánea, hay otros que necesitan expresar una gran cantidad de angustia, por medio de llanto o de verbalizaciones continuas acerca del propio proceso de enfermedad que están viviendo, y les cuesta centrarse en contestar las respuestas del cuestionario.

En los casos menos explícitos, se ha de incluir las preguntas de la entrevista inicial (Anexo número 2) dentro de la entrevista con el paciente, para procurar que la obtención de

las respuestas sean un acercamiento por nuestra parte a la realidad del paciente, y que no se vea respondiendo automáticamente: “*me ha dicho que es usted viuda?*”, “*¿hace cuánto murió su marido?*”, “*¿sus hijos viven con usted?*”, “*¿ya veo... ha sido una gran pérdida, ha tenido alguna otra gran pérdida?*”, “*¿sale usted de casa todos los días?, ¿a dónde va?*”, “*habla Usted con alguien de este tema?*”, “*¿qué dicen sus amigas?*”.

El objetivo es conocer la historia del paciente, de su enfermedad, e identificar los significados que esta experiencia tiene para él/ella: lo que más le preocupa, lo que más le urge, lo que siente que le desborda, para lo que siente que no está preparado. Extraer de su discurso la identidad previa al diagnóstico inicial, y el impacto que ha tenido el cáncer sobre la misma, como sugieren Breitbart et. al, (2012).

5.5. Análisis Estadístico

Los datos recogidos fueron almacenados en una base de datos con el programa SPSS v25 (IBM, 2017). Se utilizaron los estadísticos descriptivos habituales (frecuencias, porcentajes, valores mínimos, valores máximos, rangos, medias y desviaciones típicas) para caracterizar la muestra y presentar los resultados univariantes.

Para comprobar la efectividad de la intervención se aplicó el modelo lineal general de medidas repetidas, con la variable entregupo acompañamiento terapéutico (recibe vs. no recibe) y la variable intragrupa pretest vs. posttest, repetida para cada factor de las variables relacionadas con afrontamiento y resiliencia (variables de resultado). Este diseño de análisis es conocido como factorial mixto, y la técnica como ANOVA. Solo se examinó el contraste interactivo de ambas variables y no los efectos intra o inter por separado, estableciéndose un nivel de significación estadística $p < 0,05$. En cada análisis se comprobó el cumplimiento de todos los supuestos estadísticos. Para comprobar la igualdad de matrices de covarianzas se

utilizó la Prueba de Box. En cuanto a la esfericidad, SPSS realiza por defecto la prueba de Mauchly. Cuando no resultó estadísticamente significativa utilizamos los valores de F con esfericidad asumida; cuando sí lo hizo, utilizamos los valores de F de Greenhouse-Geisser. Para comprobar la homocedasticidad utilizamos la prueba de Levene. En caso de resultar estadísticamente significativa, y por lo tanto no cumplir el supuesto de homocedasticidad, utilizamos las pruebas robustas de igualdad de medias de Welch y Brown-Forsythe, para lo cual transformamos las correspondientes puntuaciones pre y pos en su diferencia.

Los análisis descritos en el párrafo anterior fueron complementados con el tamaño de efecto mediante el estadístico *eta* cuadrado parcial (η^2). Aunque se proporciona con el ANOVA en SPSS, está sobreestimado (Trigo y Martínez, 2016) porque se basa solamente en los datos intrasujetos o intersujetos. Por este motivo procedimos al cálculo manual conforme a la fórmula siguiente, donde AB es el efecto interactivo y SC la suma de cuadrados:

$$\frac{SC\ AB}{SC\ AB + SC\ error\ entre + SC\ error\ intra}$$

Para interpretar el tamaño de efecto *eta* cuadrado parcial (η^2) utilizamos las directrices de Cohen (1992), según el cual valores entre 0,01 y 0,058 indican un efecto pequeño; entre 0,059 y 0,137 mediano; y 0,138 o superiores, grande.

6. Resultados

6.1. Efectividad del Programa RED Para Modificar el Nivel de Resiliencia

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en resiliencia total y en los subtipos competencia y aceptación, cada uno con el acompañamiento terapéutico (sí o no recibe) como variable entre grupos y los dos momentos de medición (pretest y postest) como variable intrasujetos a fin de comprobar la significación estadística y el tamaño de efecto de la interacción entre ambas variables. Se presentan los estadísticos descriptivos en la Tabla 17.

Tabla 17

Estadísticos y Tamaños de Efecto para la Variable Resiliencia y sus Subtipos Competencia y Aceptación

Grupo	N	Resiliencia tipo competencia				Anova (F)	Significación (p)	Eta cuadrado parcial (η^2)
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	83,96	14,985	86,38	16,037	0.360	0.552	0.0010
GC	18	93,17	15,066	93,56	14,164			
Total	42	87,90	15,536	89,45	15,505			
Resiliencia tipo aceptación								
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	38,00	6,461	42,58	6,626	11.564	0.002	0.0560*
GC	18	43,17	6,715	41,50	6,071			
Total	42	40,21	6,986	42,12	6,341			
Resiliencia total								
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	121,96	19,385	128,96	21,896	3.365	0.074	0.0100*
GC	18	136,33	18,852	135,06	19,477			
Total	42	128,12	20,249	131,57	20,870			

Medias, desviaciones típicas y tamaños de efecto de la puntuación en resiliencia total y sus subtipos competencia y aceptación. * Valor estadísticamente significativo.

En el caso de la resiliencia tipo competencia no resultó estadísticamente significativo ni tuvo ningún tamaño de efecto: $F(1,40) = 0.360$; $p = 0.552$; η^2 parcial = 0.001. En la Figura 9 se presenta el gráfico de interacción.

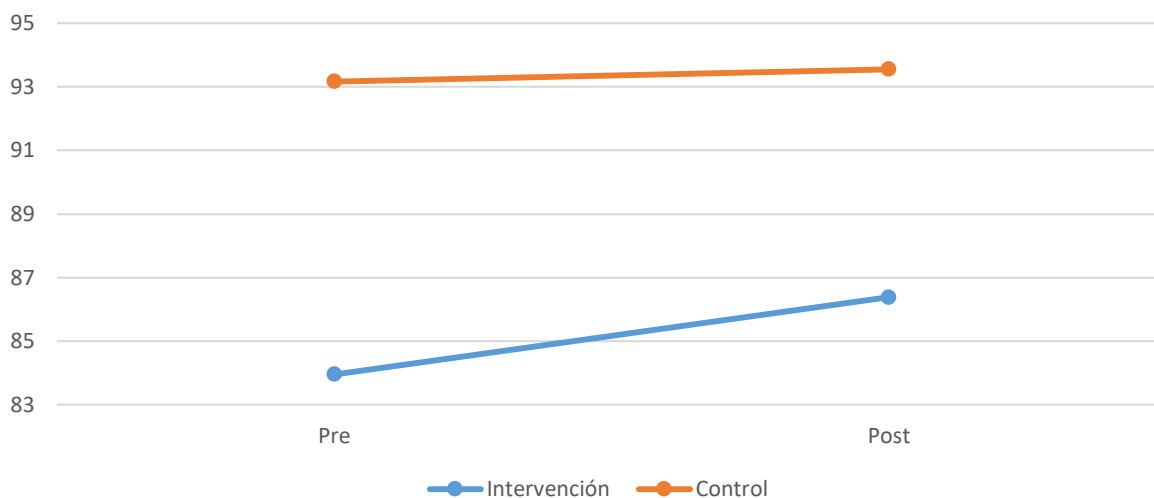


Figura 9. Gráfico de la interacción entre resiliencia tipo competencia y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la resiliencia tipo aceptación, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 11.564$; $p = 0.002$; η^2 parcial = 0.056. En la Figura 10 se presenta el gráfico de interacción.

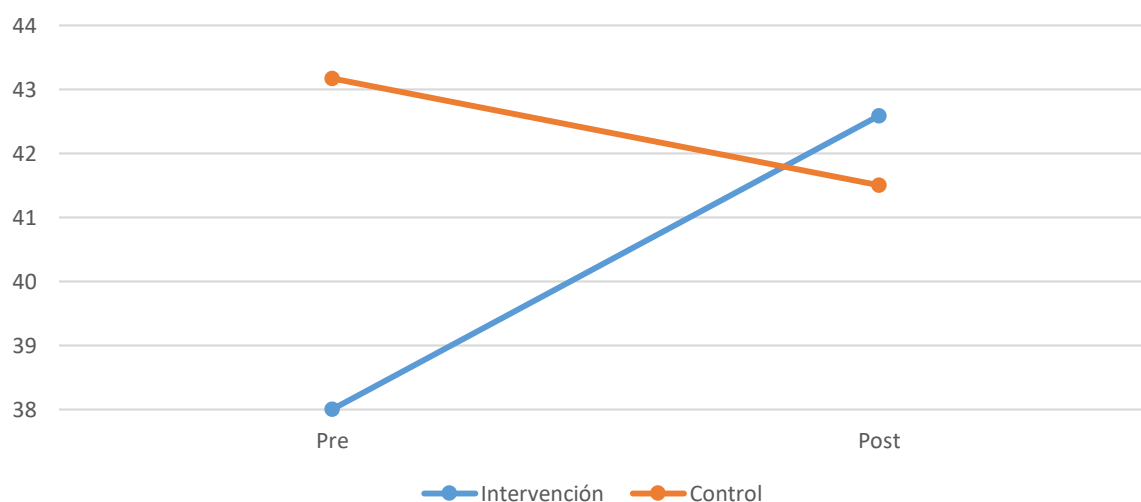


Figura 10. Gráfico de la interacción entre resiliencia tipo aceptación y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la resiliencia total, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 3.365$; $p = 0.074$; η^2 parcial = 0.010. En la Figura 11 se presenta el gráfico de interacción.

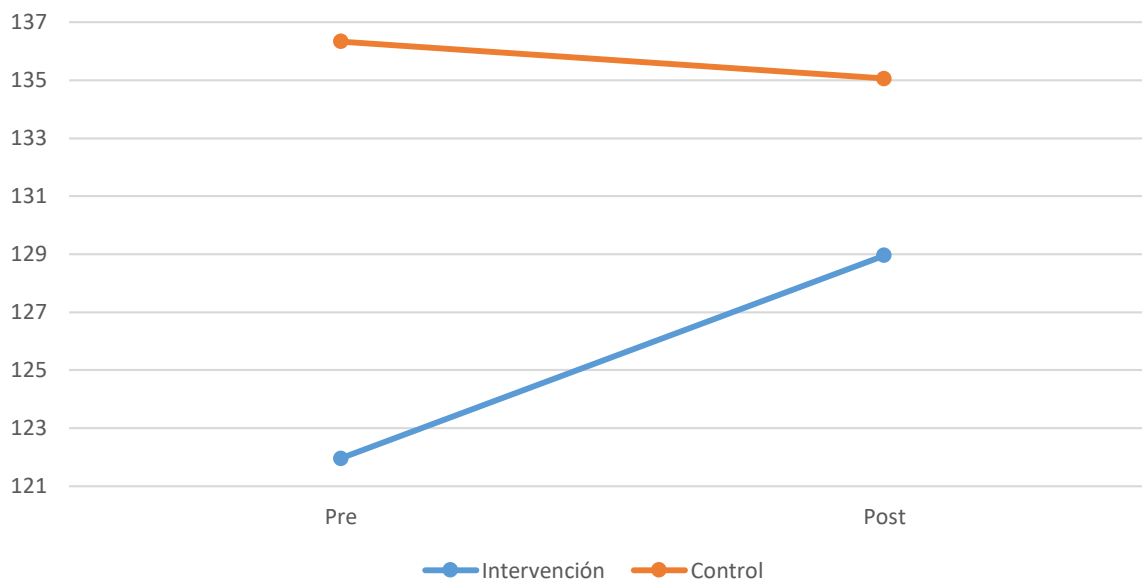


Figura 11. Gráfico de la interacción entre resiliencia en su cómputo total y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

6.2. Efectividad del Programa RED Para Modificar las Estrategias de Afrontamiento

En primer lugar, se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación total obtenida en las estrategias de afrontamiento dirigida al problema, así como en los subtipos confrontación y planificación. Se utilizó la pertenencia al grupo (GI o GC) como variable entre grupos y los dos momentos de medición (pretest y posttest) como variable intrasujetos a fin de comprobar la significación estadística y el tamaño de efecto de la interacción entre ambas variables. Se presentan los estadísticos descriptivos en la Tabla 18.

Tabla 18

Estadísticos y Tamaños de Efecto para la Variable Estrategias de Afrontamiento Dirigidas al Problema y sus Subtipos Confrontación y Planificación

Grupo	N	Estrategia de Afrontamiento dirigida al problema tipo confrontación				Anova (F)	Significación (p)	Eta cuadrado parcial (η^2)
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,2569	,46360	1,2847	,48524	0.995	0.325	0.0030
GC	18	1,1759	,54972	1,0926	,53694			
Total	42	1,2222	,49751	1,2024	,51077			
		Estrategia de Afrontamiento dirigida al problema tipo planificación						
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,1615	,52061	1,3385	,55350	4.171	0.048	0.0229*
GC	18	1,6667	,54063	1,5208	,51850			
Total	42	1,3780	,58074	1,4167	,54006			
		Estrategia de Afrontamiento dirigida al problema total						
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
Si	24	1,2092	,46306	1,3116	,47636	3.424	0.072	0.0135*
No	18	1,4213	,44226	1,3067	,49237			
Total	42	1,3001	,46117	1,3095	,47731			

Medias, desviaciones típicas y tamaños de efecto de la puntuación en las estrategias dirigidas al problema y sus subtipos confrontación y planificación. * Valor estadísticamente significativo.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida al problema tipo confrontación, el efecto interactivo no resultó estadísticamente significativo ni tuvo ningún tamaño de efecto: $F(1,40) = 0.995$; $p = 0.325$; η^2 parcial = 0.003. En la Figura 12 se presenta el gráfico de interacción.

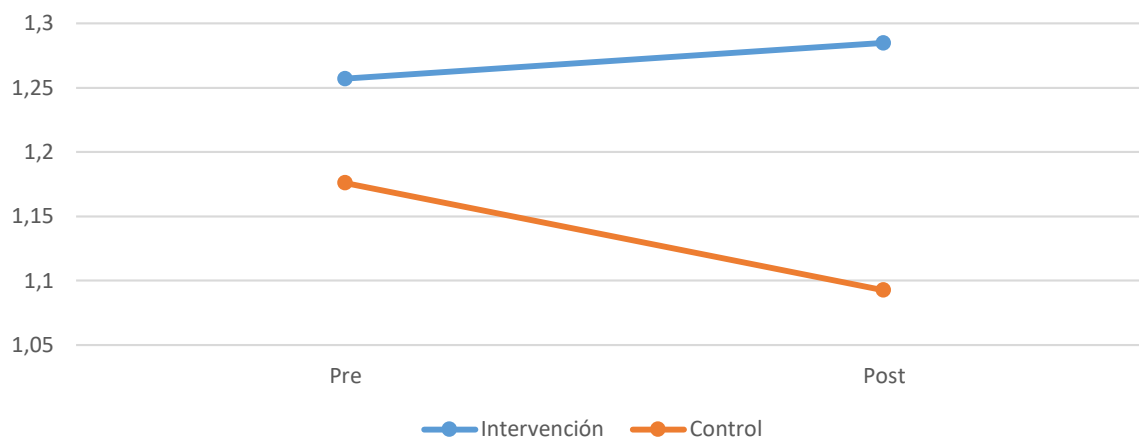


Figura 12. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida al problema tipo confrontación y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida al problema tipo planificación, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 4.171$; $p = 0.048$; η^2 parcial = 0.0229. En la Figura 13 se presenta el gráfico de interacción.

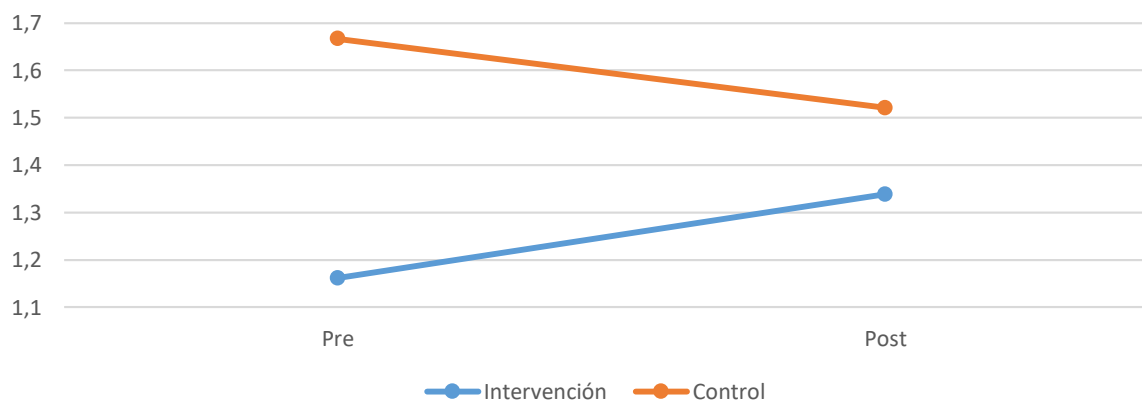


Figura 13. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida al problema tipo planificación y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida al problema total, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 3.424$; $p = 0.072$; η^2 parcial = 0.0135. En la Figura 14 se presenta el gráfico de interacción.

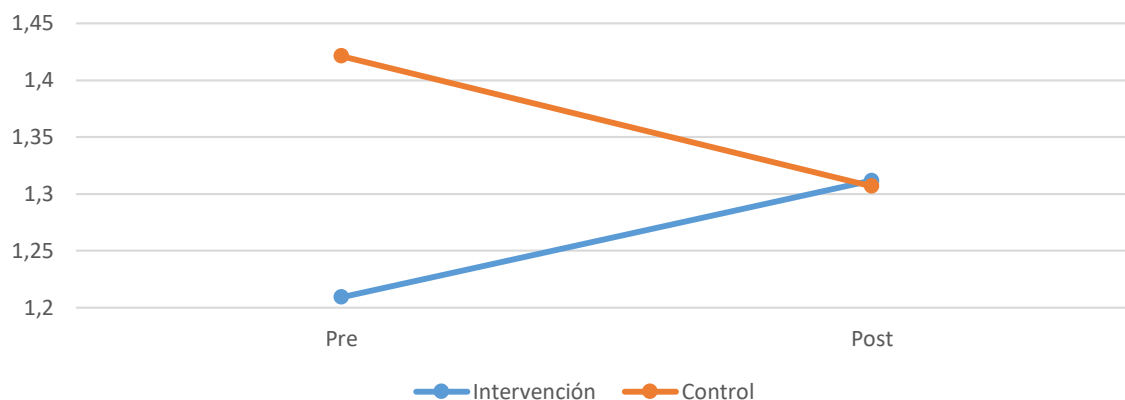


Figura 14. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida al problema en su cómputo total y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En segundo lugar, se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación total obtenida en las estrategia de afrontamiento dirigidas a la emoción, así como las puntuaciones en los subtipos distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidades y reevaluación positiva, cada uno con la pertenencia al grupo (GI o GC) como variable entre-grupos y los dos momentos de medición (pretest y posttest) como variable intrasujetos a fin de comprobar la significación estadística y el tamaño de efecto de la interacción entre ambas variables. Se presentan los estadísticos descriptivos en la Tabla 19.

Tabla 19

Estadísticos y Tamaños de Efecto para la Variable Estrategias de Afrontamiento Dirigidas a la Emoción y sus Subtipos Distanciamiento, Autocontrol, Aceptación de Responsabilidad y Reevaluación Positiva

Grupo	N	Estrategia de Afrontamiento dirigida a la emoción tipo distanciamiento				Anova (F)	Significación (p)	Eta cuadrado parcial (η^2)
		Pretest		Posttest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,0365	,42904	1,0260	,46622	1.143	0.291	0.0055
GC	18	1,4375	,48174	1,2917	,46967			
Total	42	1,2083	,48973	1,1399	,48073			

**Estrategia de Afrontamiento
dirigida a la emoción tipo
autocontrol**

		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,3417	,33221	1,2500	,40432	0.614	0.438	0.0053
GC	18	1,5167	,54260	1,5444	,36658			
Total	42	1,4167	,43780	1,3762	,41131			

**Estrategia de Afrontamiento
dirigida a la emoción tipo
aceptación de responsabilidades**

		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,2500	,75900	1,1875	,51736	0.852	0.362	0.0047
GC	18	0,7500	,54233	0,8611	,69251			
Total	42	1,0357	,71263	1,0476	,61296			

**Estrategia de Afrontamiento
dirigida a la emoción tipo
reevaluación positiva**

		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,2976	,59264	1,5893	,61814	1.984	0.167	0.0100**
GC	18	1,9524	,76696	1,9683	,61113			
Total	42	1,5782	,74060	1,7517	,63658			

**Estrategia de Afrontamiento
dirigida a la emoción total**

		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	,9070	,26388	1,2632	,30210	1.406	0.243	0.0120**
GC	18	,9260	,24348	1,4164	,40965			
Total	42	,9152	,25245	1,3288	,35590			

Medias, desviaciones típicas y tamaños de efecto de la puntuación en las estrategias dirigidas a la emoción y sus subtipos distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidades y reevaluación positiva. *Valor de F según pruebas robustas de igualdad de medias de Welch y Brown-Forsythe debido a incumplimiento de supuesto de homocedasticidad. ** Valor estadísticamente significativo.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo distanciamiento, el efecto interactivo no resultó estadísticamente significativo ni tuvo un tamaño de efecto: $F(1,40) = 1.143$; $p = 0.291$; η^2 parcial = 0.0055. En la Figura 15 se presenta el gráfico de interacción.

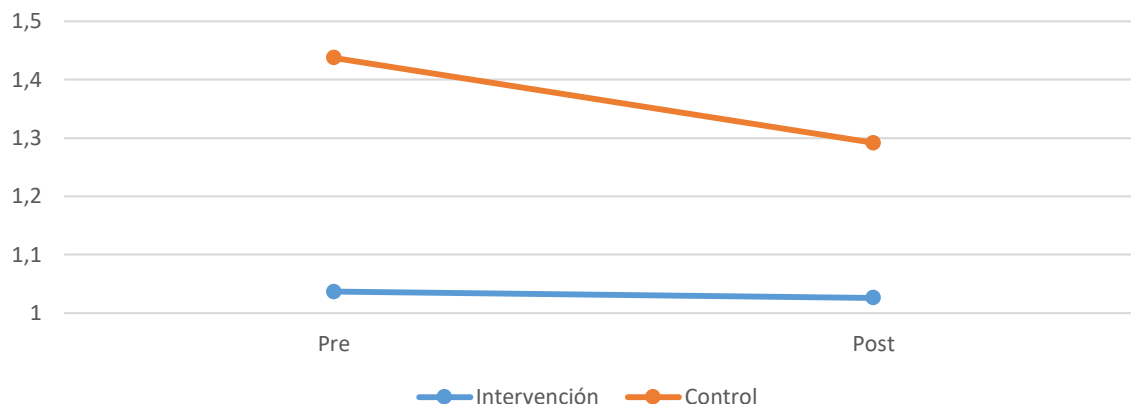


Figura 15. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo distanciamiento y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo autocontrol, el efecto interactivo no resultó estadísticamente significativo ni tuvo un tamaño de efecto: $F(1,40) = 0.614$; $p = 0.438$; η^2 parcial = 0.0053. En la Figura 16 se presenta el gráfico de interacción.

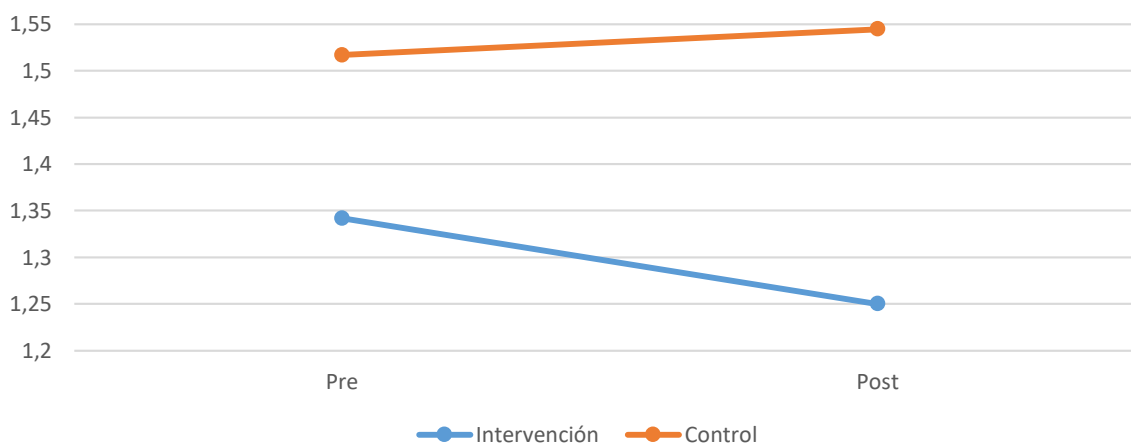


Figura 16. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo autocontrol y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo aceptación de responsabilidades, el efecto interactivo no resultó estadísticamente significativo ni tuvo un tamaño de efecto: $F(1,40) = 0.852$; $p = 0.362$; η^2 parcial = 0.0047. En la Figura 17 se presenta el gráfico de interacción.

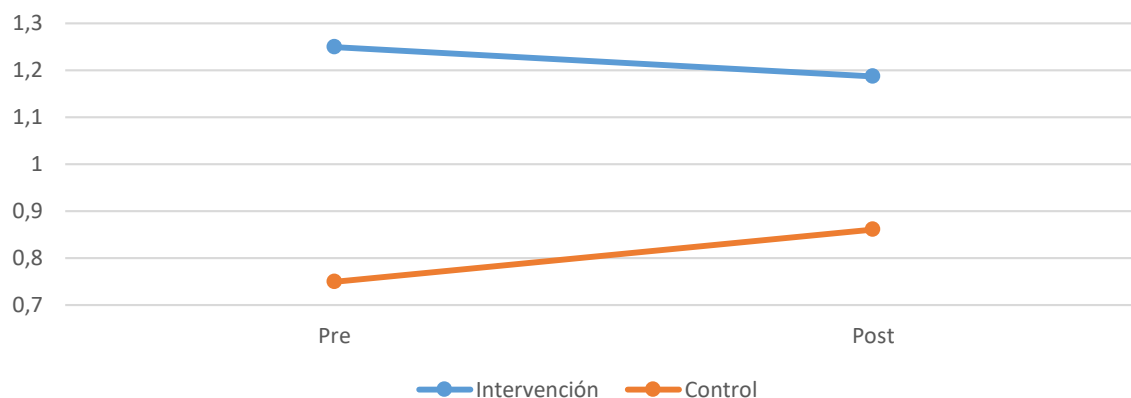


Figura 17. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo aceptación de responsabilidades y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo reevaluación positiva, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 1.984$; $p = 0.167$; η^2 parcial = 0.0116. En la Figura 18 se presenta el gráfico de interacción.

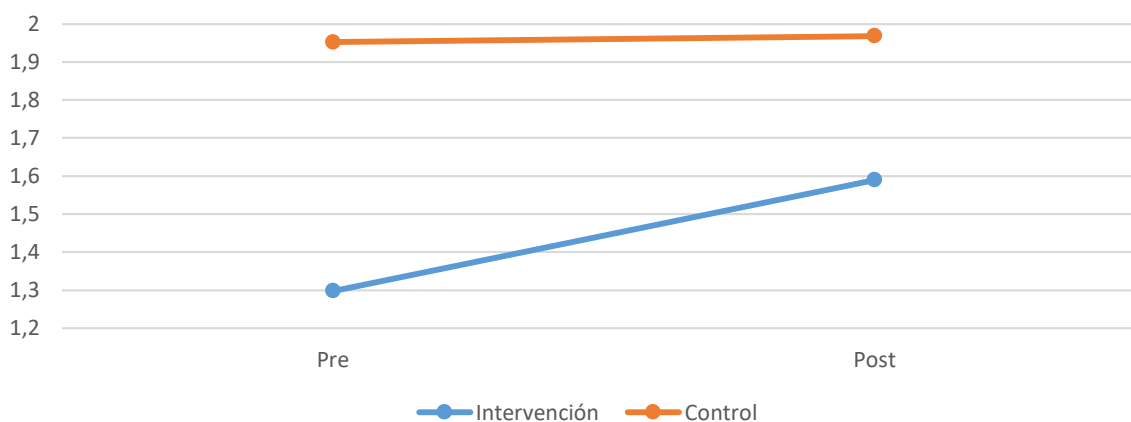


Figura 18. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo reevaluación positiva y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En el caso de la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción total, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 1.406$; $p = 0.243$; η^2 parcial = 0.012. En la Figura 19 se presenta el gráfico de interacción.

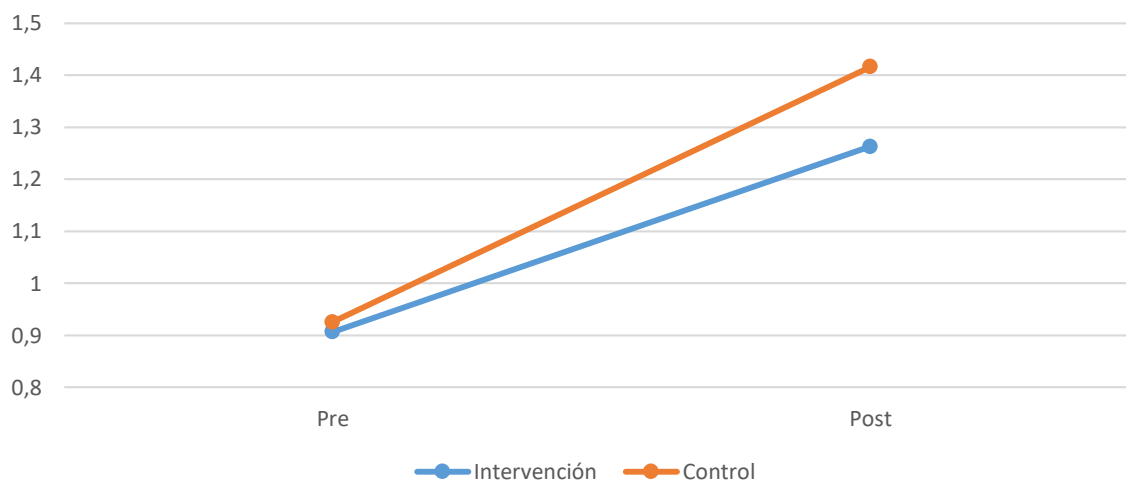


Figura 19. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción en su cómputo total y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

En tercer lugar, se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación de la estrategia de afrontamiento combinada búsqueda de apoyo social con la pertenencia al grupo (GI o GC) como variable entre-grupos y los dos momentos de medición (pretest y postest) como variable intrasujetos a fin de comprobar la significación estadística y el tamaño de efecto de la interacción entre ambas variables. Se presentan los estadísticos descriptivos en la Tabla 20.

Tabla 20

Estadísticos y Tamaños de Efecto para la Variable Estrategias de Afrontamiento Combinada Búsqueda de Apoyo Social

Grupo	N	Estrategia de Afrontamiento combinada búsqueda de apoyo social				Anova (F)	Significación (p)	Eta cuadrado parcial (η^2)
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,8417	,56562	1,7417	,44323	0.014*	0.905	0.0001
GC	18	1,7778	,62077	1,6556	,76943			
Total	42	1,8143	,58333	1,7048	,59794			

Medias, desviaciones típicas y tamaños de efecto de la puntuación en la estrategia de afrontamiento combinada búsqueda de apoyo social. *Valor de F según pruebas robustas de igualdad de medias de Welch y Brown-Forsythe debido a incumplimiento de supuesto de homocedasticidad.

En el caso de la estrategia de afrontamiento combinada búsqueda de apoyo social, el efecto interactivo no resultó estadísticamente significativo ni tuvo un tamaño de efecto: $F(1,40) = 0.014$; $p = 0.905$; η^2 parcial = 0.0001. En la Figura 20 se presenta el gráfico de interacción.

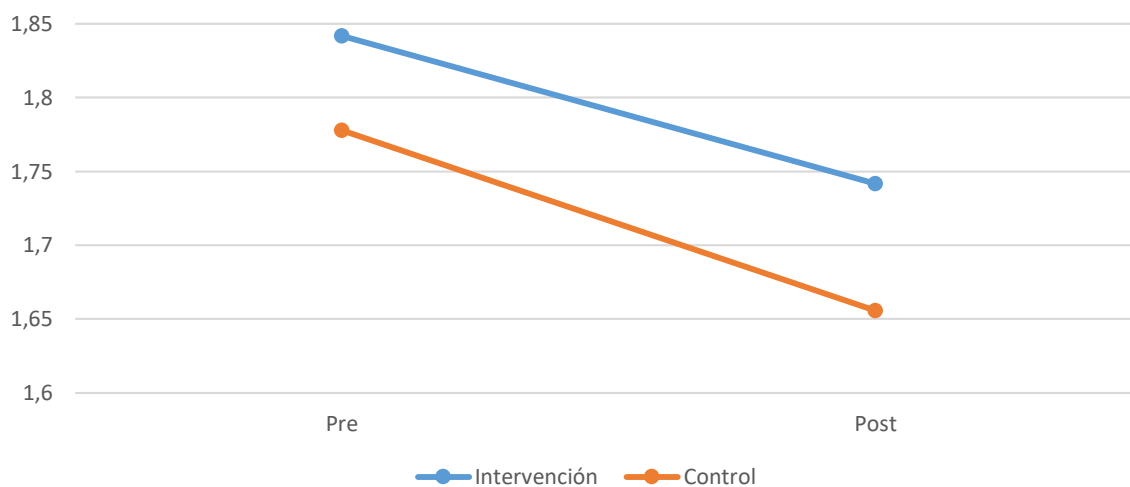


Figura 20. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento combinada búsqueda de apoyo social y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

Por último, se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación de la estrategia de afrontamiento de evitación, huida o escape con la pertenencia al grupo (GI o GC) como variable entre-grupos y los dos momentos de medición (pretest y posttest) como variable intrasujetos a fin de comprobar la significación estadística y el tamaño de efecto de la interacción entre ambas variables. Se presentan los estadísticos descriptivos en la Tabla 21.

Tabla 21

Estadísticos y Tamaños de Efecto para la Variable Estrategias de Afrontamiento de Evitación, Huida o Escape

Grupo	N	Estrategia de Afrontamiento de evitación, huida o escape				Anova (<i>F</i>)	Significación (<i>p</i>)	Eta cuadrado parcial (η^2)
		Pretest		Postest				
		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica			
GI	24	1,3009	,54382	1,0463	,48368	3.587*	0.065	0.0181**
GC	18	1,0432	,52689	1,0494	,34975			
Total	42	1,1905	,54559	1,0476	,42657			

Medias, desviaciones típicas y tamaños de efecto de la puntuación en la estrategia de afrontamiento de huida, escape o evitación. *Valor de *F* según pruebas robustas de igualdad de medias de Welch y Brown-Forsythe debido a incumplimiento de supuesto de homocedasticidad. ** Valor estadísticamente significativo.

En el caso de la estrategia de afrontamiento de evitación, huida o escape, el efecto interactivo resultó estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño: $F(1,40) = 3.587$; $p = 0.065$; η^2 parcial = 0.0181. En la Figura 21 se presenta el gráfico de interacción.

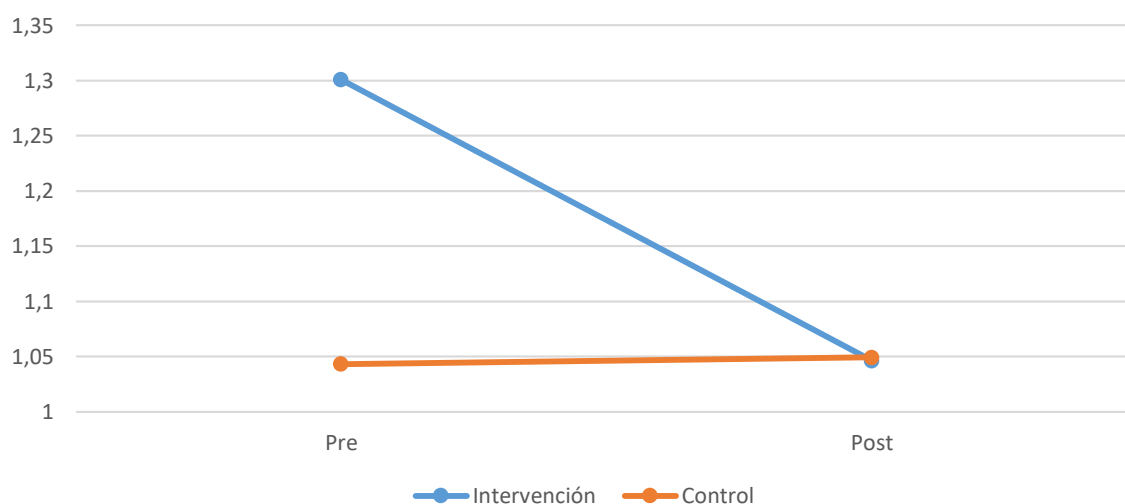


Figura 21. Gráfico de la interacción entre la estrategia de afrontamiento de evitación, huida o escape y recibir acompañamiento terapéutico en los grupos de intervención y control.

A modo de resumen, en la tabla 22 exponemos los resultados obtenidos ordenándolos en función del valor del tamaño de efecto obtenido.

Tabla 22

Relación de las variables medidas por orden de mayor a menor según tamaño de efecto alcanzado por la muestra

Nombre de la variable	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2 parcial	Tamaño de efecto
Resiliencia tipo aceptación	(1,40) 11.564	0.002	0.0560	Pequeño
Estrategia de afrontamiento dirigido al problema tipo planificación	(1,40) 4.171	0.048	0.0229	Pequeño
Estrategia de afrontamiento evitación, huida o escape	(1,40) 3.587	0.065	0.0181	Pequeño
Estrategia de afrontamiento dirigida al problema total	(1,40) 3.424	0.072	0.0135	Pequeño
Estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción total	(1,40) 1.406	0.243	0.0120	Pequeño
Estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo reevaluación positiva	(1,40) 1.984	0.167	0.0116	Pequeño
Resiliencia total	(1,40) 3.365	0.074	0.0100	Pequeño
Estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo distanciamiento	(1,40) 1.143	0.291	0.0055	Insignificante
Estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo autocontrol	(1,40) 0.614	0.438	0.0053	Insignificante
Estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción tipo aceptación responsabilidades	(1,40) 0.852	0.362	0.0047	Insignificante
Estrategia de afrontamiento dirigida al problema tipo confrontación	(1,40) 0.995	0.325	0.0030	Insignificante
Resiliencia tipo competencia	(1,40) 0.360	0.552	0.0010	Insignificante
Estrategia de afrontamiento combinada búsqueda de apoyo social	(1,40) 0.014	0.905	0.0001	Insignificante

Listado de variables organizadas de mayor a menor significancia estadísticas y tamaño de efecto alcanzado.

6. Discusión

Para facilitar la comprensión de este apartado, esta discusión está estructurada en función de las hipótesis planteadas con respecto a la resiliencia y a las estrategias de afrontamiento; para luego dar paso a un análisis de aspectos relacionados con la implementación del programa de intervención que se diseñó para este estudio.

Incremento en el Nivel de la Resiliencia y sus Componentes Aceptación y Competencia (H1, H2 y H3).

En este estudio se ha trabajado con una población con un factor de riesgo inequívoco para la salud mental: los problemas crónicos de salud (Theis, 2003). Los sujetos de la muestra se están enfrentando a una enfermedad que tiene una imagen de malignidad superior a cualquier otra enfermedad orgánica (Gil Villa, 2012; Suess et al, 2006), a la que se ha denominado “*emperador de todos los males*” (Mukherjee, 2011, citado en Rodríguez, 2017). A pesar de que los adelantos científicos parecen indicar lo contrario, la connotación fatalista que se encuentra alrededor de la palabra cáncer les conduce directamente a la idea de que su vida está en serio peligro. He aquí la condición de riesgo superior que según autores como Rutter (1993), debe existir para que emerja la resiliencia, presente en todos y cada uno de los seres humanos.

Los teóricos de la escuela francesa de resiliencia aseguran que esta se logra desarrollar cuando existe un mínimo de bienestar físico (Vanistendael, 2003). Las condiciones de salud suelen estar muy deterioradas tras el diagnóstico y el tratamiento oncológico, y los participantes de este estudio no han sido la excepción. Esta circunstancia ha sido importante para que la terapeuta que, pretende ser lo que denomina Cyrulnik (1999, citado en Theis, 2003) una *tutora de resiliencia*, tuviera en cuenta que trabajaba con una población que se siente

vitalmente amenazada y que a veces carece de las condiciones físicas y mentales mínimas que puedan favorecer el desarrollo de la resiliencia.

Sin embargo, se ha constatado que en el transcurso de la enfermedad e incluso hasta el momento del final de la vida, siempre hay recursos internos disponibles. El tipo de intervención diseñada denominada RED, se ha centrado en reconducir el desbordamiento, buscando activar los elementos que se han relacionado en investigaciones previas con la resiliencia, la búsqueda de sentido, la optimización de las redes de apoyo y la atención de las necesidades espirituales de los pacientes. De esta manera, éstos han podido alcanzar fases de adaptación a la enfermedad, donde la aceptación y la elaboración les permitiera desarrollar habilidades cada vez más resilientes.

Se parte de la premisa de que la decisión de participar en el estudio en el GI o en el GC, respondía a una percepción interna de necesitar o no acompañamiento terapéutico. La necesidad de pedir ayuda psicoterapéutica tiene el mismo carácter de cualquier otro recurso externo, surge cuando el individuo se siente desestabilizado o desbordado en sus recursos personales, y busca recursos fuera (Walsh, 2003) para recuperar un afrontamiento continuado y eficaz (Holland, 2002). En el proceso continuo de reevaluación y afrontamiento, los elementos que causan esa sensación de desequilibrio interno son difíciles de generalizar, un pequeño cambio o alteración de alguna circunstancia interna o externa, que sea significativa para el sujeto, lo podía generar. Basándonos en los resultados obtenidos, creemos que este fue un elemento decisivo para que sujetos decidieran pertenecer al GI o al GC, ya que los niveles de resiliencia total inicial de los sujetos del GI son menores en comparación con el GC, y tras su participación en el programa RED, el GI logra mejorarlo.

Haciendo eco de lo que afirma la literatura y en los resultados obtenidos, este desbordamiento de los recursos disponibles no puede considerarse un índice de vulnerabilidad ni de fragilidad (Lavoie et al., 2016), sino una demanda específica, de una persona con una historia particular, en un momento coyuntural de su vida, que se encuentra en la búsqueda de acopio de nuevos recursos para su supervivencia con calidad (Bravo y López, 2015; Gómez y Kotliarenko, 2010). Son personas normales enfrentándose a situaciones anormales. La lectura de este sufrimiento como vivificador que impulse el futuro, como una mediación constructiva (Gianfrancesco, 2003), es posible, en parte, al trabajo del *tutor o tutores de resiliencia* que le acompañan en el proceso.

El agotamiento de recursos sobreviene con el tiempo en los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer (Carlson et al., 2004; Manciaux y Vanistendael et al., 2003). Es probable que participar en programas como RED prevenga ese desgaste, ya que el tiempo fue el mismo para ambos grupos, y las condiciones médicas variaron en similar proporción; sin embargo, el nivel de resiliencia en el GC se mantuvo estancado y en el GI se incrementó significativamente (η^2 parcial 0.0100, pequeño), por lo que se confirma la hipótesis H1.

Cuando se analizan detalladamente en los resultados los dos componentes de la resiliencia, comprobamos que tan sólo se ha producido un incremento significativo en la subcategoría aceptación (η^2 parcial 0.0560, pequeño), pero no en la subcategoría competencia (η^2 parcial 0.0010, insignificante), comprobándose la H2, pero no la H3. En el modelo de Wagnild y Young (1993), el factor II, denominado aceptación, implica la capacidad del paciente de aceptarse a sí mismo y a su vida, la adaptabilidad, la flexibilidad, el balance y la estabilidad y sentimientos de paz a pesar de la adversidad y, este factor ha logrado el mayor tamaño de efecto conseguido en este estudio, η^2 parcial pequeño casi mediano. El factor I,

denominado competencia, que se refiere a la autoconfianza, la independencia, la decisión, la invencibilidad, el poderío, el ingenio y la perseverancia, ha sido incrementado, pero en un nivel mucho menor, sin alcanzar significación estadística.

Posiblemente, la diferencia del incremento de los dos subtipos de la resiliencia puede deberse a un factor de tiempo. Tal y como sugiere el modelo de *círculos resilientes* en la diada confianza/competencia, el sujeto pasa de aceptar y entregarse a la experiencia, como un reto al que debe hacer frente, para luego ir haciendo acopio de la sensación de competencia producto de haberse visto capaz de hacerlo. La sensación de competencia puede ser uno de los elementos que más cuesta recuperar, por el mismo desbordamiento inicial de los recursos de afrontamiento. La competencia, que es definida como la efectividad de las acciones propias en el mundo (Masten y Coastworth, 1998), puede sobrevenir posteriormente en el proceso de adaptación a la enfermedad. Es decir, necesitan recorrer un camino más largo para volver a confiar en que “*son capaces*”.

Después del impacto, de la hecatombe, es imposible volver a un estado anterior. La resiliencia tiene en sí necesariamente un elemento transformador (Pedrot, 2004). Los pacientes presentan grandes dificultades para integrar las nuevas experiencias en antiguas estructuras. Incrementando la resiliencia tipo aceptación, los pacientes desarrollan herramientas nuevas basadas en sus capacidades latentes (Vanistendael, 2003; Vázquez y Castilla, 2007), fomentando una visión fortalecida de sí mismos, que logrará en un futuro próximo, muy seguramente, incrementará la resiliencia tipo competencia, no solo relacionada con el evento traumático, sino con nuevos sucesos vitales. Podrá conseguir el bien vivir hasta el bien morir.

En este sentido la aceptación es primero, ya que debe hacer frente a una realidad que a veces evade, o no se siente capaz de enfrentar. También dependerá del curso de la enfermedad,

y de la percepción que el paciente tenga de ella. Es común escuchar el eufemismo “ha perdido su lucha contra el cáncer”, lo que tienen la connotación de fracaso y pérdida, que afecta a las personas que se encuentran en fase avanzada de la enfermedad, impidiéndoles muchas veces un *bien morir*, revictimizando a quien “no ha sido capaz”. La resiliencia devuelve la dignidad del *bien morir*, aceptando la muerte como parte de la naturaleza humana, otorgando sentido a la vida, hasta el momento de la muerte e incluso después, mediante el legado a su red de apoyo.

Al haber incrementado la resiliencia tipo aceptación se activa otra de las dadas de los *círculos resilientes internos*: flexibilidad/adaptación, mejorando así una condición fundamental en el mismo funcionamiento de esta. En caso contrario, la no adaptación a una situación determinada genera sufrimiento físico y psicológico, tal y como aseguran Barbosa (2005) y Becoña (2006), lo que significaría un factor de riesgo que impide el desarrollo mismo de la resiliencia. Es decir, habiendo logrado incrementar el factor II (aceptación), se sientan las bases dinámicas para que se pueda desarrollar el factor I (competencia).

Es probable que sea necesario un seguimiento mayor en el tiempo para identificar algún cambio en el factor de competencia personal; pero es probable que, a partir de la aceptación, el enfrentamiento a las situaciones de una manera más compasiva, sean más eficaces, la sensación de eficacia se incrementa, se reduce la frustración y el sufrimiento experimentado, y que todo esto incrementa el nivel de competencia personal. La superación de estas situaciones de lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia (Acosta et al., 2008). Fortaleciendo así otra de las dadas de los *círculos resilientes internos*: la confianza ayuda a adquirir competencias, y la competencia fomenta la confianza.

La importancia de la subcategoría de la resiliencia “aceptación”, es mencionada por Stein et al. (2000), cuando aseguran que se han de mantener expectativas positivas en medio

de procesos adaptativos. Se ha trabajado en la intervención RED la aceptación de un nuevo proyecto de vida después de aceptar el descalabro (Manciaux, 2004), se ajustan las expectativas vitales incorporando el significado de las fantasías desastrosas o negativas dentro de un nuevo significado: *“veo truncado mi desarrollo profesional, pero por fin tengo tiempo para disfrutar de mi rol maternal, llevando mis hijas al colegio y disfrutando tiempo con ellas”* (paciente superviviente de cáncer de mama).

Tal y como aseguran Rutter (1999) y Tomkiewicz (2004) se debe tener en cuenta en qué contexto y cómo se da la resiliencia. Mientras para los adolescentes del estudio de Hunter y Chandler (1999) resiliencia significaba básicamente sobrevivir, para los pacientes oncológicos adultos fue importante vivir en coherencia, conservando calidad, relación y significado. Al igual que en la investigación de Rodríguez, Zaccarelli y Pérez, (2006), cuando mencionaba que resiliencia era acceder a una vida significativa y productiva. *“A mi edad ya casi no puedo ver, no puedo apenas oír, si tampoco voy a poder hablar, prefiero morir”* (paciente afectado de cáncer de garganta ante una posible laringotomía).

Teniendo en cuenta las diferencias conceptuales en la misma resiliencia y con otros conceptos, el incremento de esta capacidad en pacientes oncológicos promueve el potencial dinámico que ha de conservar el sujeto tras la experiencia, fomentando así un tipo de resiliencia con reintegración (Modelo de Richardson, 1990) y el crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004). Este aprendizaje experiencial, favorece el desarrollo de la autosuficiencia, la autocomprensión y la expresividad emocional. Como todos los casos existentes, este proceso resiliente es individual y tiene un ritmo propio. Algunos de los participantes del GI hablaban de su resiliencia como la percepción de pequeños beneficios relacionados con el hecho de conservar la vida, de ser capaces de afrontar el día a día.

Los sujetos del GI valoraban beneficios humildes pero suficientes que, favorecían la conciliación del significado circunstancial de la experiencia con el significado global vital (Holland, 2002), y así poder mantener un afrontamiento eficaz y continuado, que no le supusiera un coste emocional desgastante, y que le fuese devolviendo la sensación de controlabilidad en la medida de lo posible, es decir, recuperando la sensación de “*ser capaz*” con la situación.

Los mismos autores del instrumento utilizado en esta investigación ya señalaron que la resiliencia modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación (Walgnild y Young, 1993). Las investigaciones previas han mostrado que el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas está relacionado con la percepción de menores niveles de estrés (Palacio et al., 2018) y que, a su vez, esto está relacionada con la evaluación secundaria que cambia la categoría del evento estresante de amenaza a reto. Por lo mismo, el diseño del programa RED se ha centrado en aquellos elementos del afrontamiento que han demostrado estar relacionados con mayores niveles de resiliencia: la reevaluación positiva y el apoyo social.

Potenciación de la Estrategia de Afrontamiento Combinada Búsqueda de Apoyo Social (H4)

Con respecto al elemento social fortalecedor de la resiliencia, el programa RED ha pretendido incrementar la estrategia de afrontamiento combinada de búsqueda de apoyo social. Esta estrategia suele ser una estrategia difícilmente modificable y estable en el tiempo. En nuestra muestra ya tenía un índice alto, coincidiendo con lo encontrado en anteriores investigaciones donde se observaba que los pacientes oncológicos la utilizaban más en comparación con las personas sanas (Karabulutlu et al., 2010; Mona y Singh, 2012). En nuestra muestra, hemos encontrado que la disposición que sentían los pacientes de su red social era

alta (la segunda más usada en el GC y la primera más usada en el GI) y se mantenía estable después de un año.

Hemos visto en la literatura que la red por sí sola no puede generar resiliencia en el individuo, así como el individuo no puede desarrollar resiliencia sin red, la resiliencia aparece en un dinamismo relacional, entre el individuo y su entorno. El acento individual ha dado paso a una perspectiva comunitaria, ya que existe una red a la que pertenezco, puedo desarrollar e integrarme en medio de una red que me protege, y podemos juntos enfrentar la adversidad.

Cuando el sujeto identifica sus límites o carencias, se abre a la posibilidad de recibir de fuera los recursos que necesita dentro, nutriéndose del apoyo social. Sin embargo, no siempre recibe lo que necesita, ya que el contacto social también se puede convertir en un elemento de estrés y angustia (Broche y Ricardo, 2011). Por ejemplo, los pactos de silencio no permiten que una persona cercana verbalice y elabore su angustia y dolor, lo que a su vez puede bloquear el desarrollo potencial de la resiliencia, ya que le limita en la necesidad de sentirse “*parte de*”, “*importante para*” y/o “*apoyado por*”. La censura a la expresión le condiciona lo que “*debería sentir y decir*”, reprimiendo el malestar; no solo no calma la angustia del que “no” escucha, sino que incrementa la angustia de quien lo siente. Puede generarle sentimientos de culpa y frustración “*por sentirse y pensar lo que no debe*” y le dificulta la oportunidad de buscar recursos fuera para lo que siente que le desborda dentro.

En esta línea se ha pronunciado Masten (2007) con su constructo biopsicosocial de la resiliencia, donde el organismo dentro de un entorno crea y toma del entorno recursos para poder sobrevivir y hacer frente a factores amenazantes que pueden provenir de este mismo entorno familiar, social o comunitario. Si se logra promover la empatía, la compasión y la asertividad en la diada intimidad/fortaleza de los *círculos concéntricos interrelacionales* que

rodean y sostienen al paciente, estaremos alejándolo de interacciones lastimosas y minusvaloradoras que le debilitan más aún (Broche y Ricardo, 2011). Fomentando el enfrentamiento de los elementos perjudiciales de las relaciones cercanas/íntimas/importantes que pudieran tener lugar, se fortalece la red. Utilizando un símil somático, las vacunas pueden generar síntomas puntuales como fiebre, malestar, sarpullido, mientras el sistema inmune está “aprendiendo” y “reconociendo” el elemento patógeno al que ha sido expuesto, y sólo de esta manera se ve fortalecido.

En estudios anteriores se ha encontrado que el apoyo social es esencial para el mantenimiento de la salud física y psicológica (Aneshensel, 1992; Bradley et al., 2005; Brewin et al., 2000; Ozbay et al., 2007; Ozer et al., 2003; Pine et al., 2002; Thoits, 1995; Ungar et al., 2007), resulta ser un factor protector de la salud, un potente amortiguador de estrés. Hay que tener en cuenta que dentro de la búsqueda de apoyo social podríamos incluir la búsqueda de apoyo psicoterapéutico. El paciente, mediante la alianza terapéutica, busca, encuentra y se beneficia del apoyo que recibe de parte de las instituciones (Sistema Nacional de Salud, Seguridad Social) cercanas a él, que ponen en marcha recursos que le benefician. Por parte del GC, es probable que percibieran como suficiente el apoyo social que recibían por parte de su red cercana.

A pesar de que el nivel del uso de la estrategia de búsqueda de apoyo social en GI no ha alcanzado una significancia estadística (η^2 parcial 0.0001, insignificante), es decir que la hipótesis H4 no ha sido comprobada, sí podemos afirmar que se ha potenciado la fortaleza de la red de apoyo social que sostenía al paciente. Por un lado, poniendo énfasis en la calidad del apoyo, en la optimización de los vínculos afectivos con los iguales (Hou et al., 2010); y por el otro, como si de un citoplasma se tratara, en esa red alimenticia, uno o varios *tutores de*

resiliencia han ayudado al paciente a elaborar un correlato de la experiencia, le han ayudado a “*digerirla*”. Esta red, de la que es parte la terapeuta del programa RED, le ha permitido generar una interpretación de sí mismo y de sus circunstancias, le ha ofrecido un cambio de perspectiva para lograr un ajuste adaptativo durante la enfermedad y esto le ha permitido identificarse como el héroe que sugiere Gianfrancesco (2003) de la odisea que atraviesa.

Tal y como sugerían Blum (1997, citado en Pintado y Cruz, 2017), González-Arratia et al. (2009), y más recientemente Pintado y Cruz (2017), se ha adaptado la intervención RED a la optimización del apoyo social y de la familia como parte fundamental para el desarrollo de la resiliencia en población oncológica. Dotar al paciente de herramientas de comunicación adecuadas, además de flexibilidad y compasión, hace que tenga más facilidad en la labor de tejido (*maillaje*) que mencionaba Cyrulnik (Theis, 2003) de la red que le sostiene.

Algunos de los pacientes del GI, sobre todo aquellos con movilidad reducida, tenían la misma situación que los adolescentes del estudio de Gonzalez-Arratia et al. (2011), y tenían a la familia como únicos *tutores de resiliencia*, siendo un elemento protector indispensable para que el paciente desarrollara resiliencia. Para los pacientes que estaban confinados en el domicilio familiar, es posible que sea el cuidador principal, quien está cerca la mayor parte del tiempo, uno de sus *tutores de resiliencia*, con el que era necesario el reforzamiento del vínculo, fácilmente deteriorado por el burnout que implica la condición de dependencia. La aceptación de la enfermedad y sus consecuencias por parte de la familia contribuye al desarrollo de la resiliencia (Verdesoto et al., 2018).

Tal y como sugerían Pintado y Cruz (2017) hemos intentado acercarnos a la dinámica socioafectiva que rodea al paciente con cáncer, su familia nuclear y extensa, así como el *círculo concéntrico interrelacional* más próximo, ya que son parte fundamental en el desarrollo de la

resiliencia (González-Arratia et al., 2009). Conociendo el ambiente familiar, los roles que ejercen dentro de este sistema familiar, las reglas de funcionamiento, la permeabilidad de los límites, el apoyo percibido y recibido en su proceso, ha sido fundamental para desarrollar adecuadamente la intervención; adaptándola a las necesidades específicas de cada paciente.

En este análisis debemos tener en cuenta las características propias de la cultura en la que el estudio fue realizado. Cohler et al. señalan que cada cultura tiene una forma especial de expresar y tratar las metáforas de la angustia (1995, citados en Luthar y Cicchetti, 2000), “*en occidente el vecino ya no es un cómplice en la miseria, sino el espejo de nuestra desgracia*” (Ehrensaft y Tousignant, 2003, p.170). A pesar de que los cambios culturales en occidente individualizan y desmembran la red social, en Andalucía se conserva una cohesión social fuerte, similar a la encontrada por Karabulutlu et al. (2010) en la población de provincias no metropolitanas de Turquía. Entonces se podría estar de acuerdo con estos autores en la hipótesis de que el apoyo social sigue siendo parte del patrimonio comunitario de las culturas del norte del Mediterráneo.

Disminución de la Estrategia de Afrontamiento de Huida, Escape o Evitación (H5)

Folkman y Moskowitz (2004) afirmaron que la controlabilidad del estresor afecta el tipo de estrategias implementadas para disminuir el estrés. Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es algo que los pacientes no perciben como controlable y temen que sea no solo un camino muy largo en el tiempo, que altere su cotidianidad, sus planes de futuro e incluso puede significar el final de su vida. En la búsqueda de promover su bienestar, Carver et al. (1989) aseguraba que también usan la negación y la desconexión, es decir la estrategia de afrontamiento evitativa.

La estrategia de afrontamiento evitativa tiene origen en la enorme angustia que implica el miedo a la muerte. Enfrentar las posibles catastróficas consecuencias que tiene un diagnóstico de cáncer no es fácil para nadie, sobre todo cuando el paciente olvida que es parte de una red firme y amorosa que le sostiene y que sostiene desde su niñez. Cuando el paciente es capaz de reconocer su papel útil en la sociedad, comunidad y familia, es consciente que es un eslabón, pequeño pero importante en el desarrollo de esta. Esta toma de conciencia le ayuda a sentirse merecedor de todo el cuidado que reciba y reconoce el que él mismo ha dado en el pasado. Le ayuda a deshacerse de la angustia de ser una carga, a resolver las dudas de su valor propio. Le facilita el fluir con las consecuencias de los cambios que sobrevienen con las circunstancias. Se da cuenta que no está solo, que los recursos institucionales están disponibles de un modo u otro, y que el futuro es algo que está por construir, aunque no sea tal y como se lo había imaginado antes.

Derks et al. (2005) y Gaviria et al. (2007) afirman que en población oncológica es frecuente encontrar un alto uso de la estrategia evitativa y que, esto a su vez, estaba relacionada con peores índices de calidad de vida y peores diagnósticos en el desarrollo de su enfermedad (Cardenal et al., 2012; Schroevers, Kraaij y Garnefski, 2011; Stanton et al., 2002). Se puede pensar que esta preferencia responde al miedo de tomar conciencia de su responsabilidad con su propia salud y, se declaren incapaces e impotentes de cambiar el rumbo de esta, generando una sensación de lotería y/o elección providencial el camino de la enfermedad. Tras participar en el programa RED, esta estrategia se ha visto reducida en el GI (η^2 parcial 0,0181, pequeño), comprobándose la hipótesis H5. En cambio, en el GC, esta estrategia de afrontamiento desadaptativa no sufrió ningún cambio.

Investigaciones anteriores (Crespo y Cruzado, 1998, citados en Rodríguez, 2006) hallaron que la estrategia de evitación aparece con mayor frecuencia cuando el diagnóstico implica un peor pronóstico, cuando los pacientes interpretan que no hay mucho más que hacer o que no hay esperanza para ellos. Esta actitud puede estar relacionada con tirar la toalla o con el abandono de cualquier esperanza de curación o de logro en medio de su proceso de salud-enfermedad. También puede estar asociada a la aceptación o deseo de acelerar la muerte, intentos de suicidio, o con el miedo a una agonía o dolores insoportables. En el caso de los sujetos del GI, mediante el programa RED, el abordaje compasivo de estos “*tiempos fuera*” que pudieran aparecer en su proceso de adaptación a la enfermedad, se les atribuía una labor puntual de atenuación de la gravedad para mantener la funcionalidad (Moyer y Levine, 1998; Phipps, Steele, Hall y Leig, 2001; Watson et al., 1984). Coincidimos con Fischer (1994, citado en Vanistendael y Lecomte, 2006) cuando hemos comprobado que la negación, cuando es integrada y elaborada, constituye el primer paso del proceso de adaptación, ya que, tras elementos evitativos, los pacientes, junto a sus *tutores de resiliencia*, ordenaban y hacían acopio de los recursos disponibles antes de afrontar activamente las situaciones (Macías et al., 2013).

Disminuyendo el uso de esta estrategia a largo plazo o de manera sostenida en el tiempo, se ha desposeído de su carácter no adaptativo. Los pacientes del GI, tras tomar un poco de distancia, asumían la responsabilidad en su proceso de salud-enfermedad, se “*hacían cargo*” de las emociones que los llevaban a querer no-afrontar ciertas situaciones y decisiones. Lo que nos lleva a pensar que, a través de intervenciones como RED, se activa una nueva dinámica interna, en la que el paciente oncológico se siente más capaz de aceptar y adaptarse a la enfermedad. Siendo más consciente de los recursos de los que dispone, no necesita tomar vías

de escape, sino que toma vías de gestión más adaptativas. Se reconocían conscientes y responsables, y con ello, colaboraban al buen desarrollo de procedimientos diagnósticos, antioncológicos y preventivos. Tal y como aseguraba Lazarus (1999), estamos previniendo respuestas que pueden ser amenazantes para su vida, más incluso que el mismo cáncer. Estamos evitando que caigan en dinámicas caóticas, apáticas o desadaptativas que puedan deteriorar más su sistema inmunológico, y con ello precipitando mayores incapacidades futuras o la propia muerte.

Incremento de la Estrategia de Afrontamiento Reevaluación Positiva (H6)

Con respecto al elemento promotor de la capacidad resiliente, la búsqueda de sentido, el programa RED ha pretendido incrementar en el GI el uso de la estrategia dirigida a la emoción reevaluación positiva, basándose en investigaciones anteriores que las correlacionan (Cadena et al., 2014; García y Lucio, 2016; Önder, 2012; Peña y Villegas, 2017; Pintado y Cruz, 2017; Zoellner y Maercker, 2006). Haber incrementado el uso de esta estrategia favorece procesos de crecimiento postraumático (Calhoun et al., 2000; Campos-Ríos, 2013; Rajandram et al., 2011; Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen y Lechner, 2011;), fomento de la espiritualidad (Viorst, 1986, citado en Campos-Ríos, 2013) y la trascendencia (Coward, 2003). Esta capacidad que tiene el individuo de tener una lectura positiva de la experiencia que le ha tocado enfrentar, da sentido al nivel de sufrimiento físico y psíquico que experimenta y, es frecuentemente utilizada en situaciones de estrés severo (Folkman, 1997). Coreil, Wilke y Pintado (2004) concluyeron que al fomentar la interpretación de la enfermedad como una oportunidad para enriquecerse y autodescubrirse y, no solo como un enemigo para vencer, favorecía encontrar aspectos positivos en el proceso, menor afecto negativo (Revenson et al., 1983) y un mayor ajuste psicológico (Taylor et al., 1984).

Dentro de esta búsqueda de significado, la estrategia dirigida a la emoción reevaluación positiva cumple una importante función, recordemos que es aquella que busca encontrar un nuevo sentido al evento estresor, lo que sugiere que el individuo hace intentos por ir más allá de la aceptación de la situación, busca réditos, ganancias, mensajes y legados, trascendencia y nuevos objetivos vitales. Mediante este ejercicio de reevaluación, el paciente puede encontrar la recomposición del significado global de su vida (Holland, 2002). En nuestra muestra, hemos encontrado que, tras recibir la intervención RED, la estrategia de reevaluación positiva se ha incrementado significativamente en el GI (η^2 0.0116, pequeño) comprobándose la hipótesis H6; lo que significa que, acentuando la necesidad de encontrar una lectura beneficiosa de la situación, se ha podido activar la esperanza que facilita la aceptación (Sandin, 2003), y el incremento del nivel de resiliencia en este grupo.

Sandín (2003) añade que la eficacia de la reevaluación positiva depende de la evaluación de controlabilidad que el sujeto hace de la situación generadora de estrés. En nuestro estudio, vemos cómo a pesar de que las condiciones médicas y el curso de la enfermedad es similar en ambos grupos, la intervención ha servido para que se pueda producir en el GI un conjunto de estrategias de afrontamiento más adaptativa y con un mayor nivel de resiliencia. Estos resultados están en concordancia con lo encontrado por Aldao et al. (2010), quien asegura que la reevaluación y la aceptación junto con la búsqueda activa de resolución de problemas, son protectoras de psicopatología, y por ende un indicador de bienestar y adaptación.

Modificaciones en las Estrategias Dirigidas al Problema y a la Emoción (H7, H8, H9, H10 y H11)

Este trabajo también ha pretendido evaluar el supuesto carácter desadaptativo que por parte de algunos teóricos tienen las estrategias dirigidas a la emoción ((Austenfeld y Stanton, 2004; Carver et al., 1989; 1993, 2000; Dunkel-Schetter et al., 1992; Osowiecki y Compas, 1999; Skinner, 1996; Penley et al., 2002), ya que precisamente, una de las que se han logrado incrementar y que se relaciona con la promoción de la resiliencia (reevaluación positiva) pertenece a este grupo y, la otra es de carácter combinado (búsqueda de apoyo social). Palacio et al. (2018), aseguraron que las estrategias centradas en la emoción están relacionadas con una “*disminución en la percepción de la carga*” y, Limonero et al (2012) que las emociones negativas intensas hacen parte del afrontamiento de situaciones adversas, y si estas van disminuyendo, dan paso a la adaptación. Basándonos en las críticas que se le hacían a este tipo de estrategias y buscando comprobar lo asegurado por Quintana et al., (2009), podríamos esperar que aquellas estrategias que se consideran más adaptativas, es decir, las dirigidas al problema, emergieran tras el desatascamiento emocional y la elaboración constructiva del malestar.

Se ha dado con un resultado acorde con esta idea. Los participantes del GI han logrado desarrollar estrategias más activas de afrontamiento, alcanzando significación estadística en la puntuación global de estrategias dirigidas al problema (η^2 parcial 0,0135, pequeño), un incremento insignificante en la estrategia de afrontamiento dirigida al problema subtipo confrontación (η^2 parcial 0,0030, insignificante, la H7 no fue comprobada), y mostrando el mayor incremento en la estrategia de afrontamiento dirigida al problema subtipo planificación (η^2 parcial 0,0229, pequeño, comprobando la H8) como parte de los beneficios de haber recibido la intervención RED. Pero con la salvedad de que su afrontamiento activo se ha

producido al mismo tiempo que un incremento de aquellas estrategias que son llamadas pasivas o dirigidas a la emoción, que ha alcanzado igualmente significación estadística en su cómputo global (η^2 parcial 0,0120, pequeño) aupada por el subtipo reevaluación positiva (η^2 parcial 0,0229, pequeño), mientras que en el resto de los subtipos no pudieron ser comprobadas las hipótesis porque no se alcanzó significancia estadística: H9 aceptación de responsabilidades (η^2 parcial 0,0047, insignificante), H10 distanciamiento (η^2 parcial 0,0055, insignificante) y H11 autocontrol (η^2 parcial 0,0053, insignificante).

El GI ha configurado un conjunto de estrategias de afrontamiento caracterizado por un mayor nivel de estrategias dirigidas al problema, dentro de las dirigidas a la emoción, un mayor nivel de la estrategia de reevaluación positiva, menos uso de la estrategia evitativa y el mantenimiento de la estrategia combinada de búsqueda de apoyo social. Podríamos decir que tiene lugar una potenciación del equilibrio, porque se estimula el afrontamiento activo, sin dejar atrás la necesidad de la expresión y elaboración constructiva de las emociones. Es decir, se activan las estrategias que buscan paliar las implicaciones prácticas de la enfermedad (adición al tratamiento, organización, toma de decisiones, búsqueda de información, implicación en la recuperación de la salud), se logra resignificar positivamente la experiencia que se está afrontando, se deja de necesitar el escape y, se comparte con la red de apoyo la carga de la experiencia. Con este conjunto de estrategias, se consigue un sano distanciamiento que evita el desbordamiento emocional, el paciente tiene la capacidad de desarrollar el proceso adaptativo a la enfermedad mediante la conexión con su experiencia emocional.

En este punto podemos hacer un aporte a la aparente paradoja encontrada por Moorey y Greer (1989, citados en Rodríguez, 2006), quienes encontraron que dentro de los cinco tipos de estrategias de afrontamiento que pueden adoptar los pacientes oncológicos, aquellos que

adoptaban dos de las categorías más distantes y diferentes, espíritu de lucha y negación, eran las que tenían un mejor pronóstico de adaptación psicosocial y mayor tiempo de supervivencia. Se ha encontrado que las respuestas adaptativas no sólo son cambiantes, sino que dentro del mismo sujeto pueden emerger respuestas de afrontamiento que puedan estar enmarcadas dentro de todas las categorías. Es decir, una persona que se muestra ansiosa puede al mismo tiempo pendular entre el espíritu de lucha y la negación, dependiendo del momento, la fase o la circunstancia específica. Por otra parte, una persona que, por medio del fatalismo, usa la aceptación y desarrolla la reevaluación positiva del evento, puede obtener una homeostasis que le permita afrontar el proceso satisfactoriamente, desarrollando resiliencia y previniendo así alteraciones del ánimo.

Esto genera algunas preguntas interesantes, ¿serán aquellos conjuntos que integren estrategias de afrontamiento mixtas, combinadas entre activas y pasivas, las que finalmente beneficien a los pacientes?, ¿favorecerán en mayor medida la interacción entre estrategias activas y funcionales y distanciamientos sanos emocionales, una mejor elaboración de la situación y una mayor adaptación ante la experiencia oncológica? Vistos los resultados de este estudio, la respuesta debe ser afirmativa. Todo es dinámico y cambiante y sensible a la modificación: la reevaluación constante que se hace de la situación, la variación de las distintas fases de la adaptación a la enfermedad y, sobre todo, la evaluación de los recursos internos y externos a los que puede acceder.

Ahadi et al. (2014) aseguran que el miedo a una muerte inminente, el desafío de enfrentar una discapacidad, llegar a la dependencia, los problemas personales y ocupacionales, los costos del tratamiento y la renuncia a planes de futuro, hace que los pacientes con cáncer crean que la situación actual no es controlable. Por lo tanto, las estrategias centradas en el

problema se reemplazan por la centrada en la emoción, confirmando lo encontrado ya por Lazarus-Folkman (1984). Intervenciones como esta, ofrecen una alternativa en la búsqueda de recuperación de la sensación de capacidad y poder de gestión en los pacientes oncológicos que habiéndose visto desbordados en alguna fase del proceso de su enfermedad, están utilizando estrategias más orientadas a la emoción. El equilibrio entre los dos tipos de estrategias es posible; sobre todo si las estrategias dirigidas a la emoción ya no se combinan con estilos evitativos, si no con estrategias dirigidas al problema que mejoren el enfrentamiento a las situaciones propias de la enfermedad. En este sentido, autores como Contreras et al. (2007), aseguran que es común la movilización de recursos hacia la acción, habiendo explorado ampliamente las estrategias centradas en la emoción en un primer momento y que, al modificarse la sensación de amenaza, tiene lugar un resignificado de la situación, al mismo tiempo que se optimizan las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo.

Hay quienes afirman que las estrategias dirigidas al problema son menos usadas por pacientes oncológicos (Matsushita, Matsushima y Maruyama, 2005; Sehlen et al., 2003), pero otros dicen que el uso de este tipo de estrategias está asociado con resultados más favorables de la enfermedad, mientras que el afrontamiento enfocado a la emoción lo adoptan pacientes con condiciones de salud menos controlables (Pucheu, Consoli, D'Auzac, Francais e Issad, 2004). Por un lado, es probable que los pacientes oncológicos utilicen menos las estrategias dirigidas al problema, porque se sienten menos capaces de controlar la situación, puede que tengan menos información, una sensación de incertidumbre que les desborde, o que se queden atrapados en el mito de que un diagnóstico de cáncer sea sinónimo de muerte. También puede ser que se vean menos capaces de predecir el desarrollo de su enfermedad, por lo impredecible

de la misma, y se pierdan en futuros eventos olvidando el presente y su capacidad de gestión en el hoy.

Por el otro, es difícil tener una reevaluación positiva cuando tiene lugar un agravamiento de la enfermedad, o cuando la incertidumbre de la evolución de la misma se alarga en el tiempo; más se demuestra en este estudio que a pesar de las condiciones médicas, y por medio de la aceptación de la enfermedad y el empoderamiento de lo que sí puedes gestionar, la reevaluación positiva se hace posible cuando la evaluación secundaria les permita reinterpretar la experiencia oncológica. Mientras el paciente percibe el cáncer como una amenaza, es más difícil contener el desbordamiento emocional, pero si toma consciencia de que tal vez no carece de los recursos necesarios para afrontarla y salir fortalecido de la experiencia, comienza a percibirlo como un desafío o reto. Un reto al que debe enfrentar y superar, reduciendo el sentido adverso de la enfermedad (Vinaccia, Quiceno, Fonseca, Fernández y Tobón, 2006), desarrollando habilidades para vivir con la condición de salud que les ha tocado y, sintiéndose capaces de controlar las secuelas de la enfermedad en su vida diaria, logrando con ello una mayor adaptación (Bellizi y Blank, 2006).

Cuatro pacientes de cada grupo de la muestra dejaron de tener actividad neoplásica en el transcurso de la intervención, sin embargo, el conjunto de estrategias de afrontamiento cambió en el GI de manera significativa. Las estrategias dirigidas a la emoción que se vieron incrementadas en el GI (η^2 parcial 0.0116, pequeño) es la reevaluación positiva, las demás son reducidas (aunque sin alcanzar significación estadística). En cambio, en el GC, todas se ven incrementadas, y la que más, la de distanciamiento.

Este resultado puede ser leído a la luz de lo expresado por la literatura, la estrategia de distanciamiento está a caballo entre la toma de distancia sana para no verse desbordado por la

situación estresante y la evitación. Si bien es cierto que los sujetos del GC se ven beneficiados en el uso de esta estrategia, aparece un estancamiento en la posibilidad de desarrollar nuevas combinaciones, a pesar de que la enfermedad haya remitido. Podríamos decir que, se han intentado enterar de lo mínimo durante el proceso de la enfermedad, y ahora que parecen superarla, siguen entendiendo poco de la experiencia y evitan hacer una lectura de lo ocurrido. Se protegen de lo peor, pero también se separan de lo mejor: saborear las posibles ganancias positivas posteriores a la experiencia. Se puede decir que gracias a este “*distanciamiento*” de la experiencia, las estrategias dirigidas a la emoción siguen viéndose incrementadas en el GC, como si la sensación de amenaza siguiera vigente, a pesar de que la enfermedad ha remitido, cuando en el GI ha pasado justamente lo contrario.

No se puede caer en el error de despreciar las estrategias dirigidas a la emoción, ya que como mencionaban Lazarus y Folkman (1984), y como se ha encontrado en este estudio, constituyen un mecanismo sano de adaptación funcional, sobre todo cuando el sujeto debe asumir situaciones o conflictos no resolubles o irreversibles. La supresión emocional, así como la evitación pueden convertirse en factores de riesgo importantes (Aldao et al., 2010). Mediante el uso de estas estrategias, los pacientes que se encontraban en una etapa avanzada de la enfermedad mantenían la esperanza y la autoestima. En estos casos, el uso de la estrategia de reevaluación positiva y búsqueda de significado ha sido fundamental para optimizar el trabajo terapéutico y, el avance en el proceso de adaptación en el período paliativo.

A continuación, se pasará a abrir un espacio de discusión sobre aspectos que, aunque no estuvieron expresados directamente como hipótesis, están relacionados con el desarrollo e implementación del programa de intervención.

Sobre la Intervención en la Fase Final de la Vida

En su definición de resiliencia Manciaux (2003), asegura que es una capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose hacia el futuro. Sin embargo, parte de los pacientes que participaron en el grupo de intervención estaban enfrentando el final de su vida, y a pesar de que podían carecer de futuro, a través del programa RED se estimuló la trascendencia (Bauer et al., 2005; McAdams et al., 2001), logrando elevar igualmente su nivel de resiliencia. Teniendo esto en cuenta, se puede afirmar que la resiliencia no es susceptible de experimentarse, desarrollarse y mejorarse sólo cuando se cuenta con tiempo en cantidad, más sí en calidad. Rodríguez-Fernández, Ramos, Ros, Fernández y Revuelta (2016) hablan de un conjunto de cualidades positivas que se activan en los peores momentos, donde se puede incluir el momento de la muerte: la capacidad resiliente de un moribundo que no puede sanar, ni desarrollarse posteriormente de una forma positiva, no sigue adelante, no tiene futuro, pero puede legar, trascender, despedirse y morir en paz, dando una lección resiliente a quienes deja.

En la búsqueda de sentido (Frankl, 2015) y en la reelaboración de su historia en términos de lo ganado y compartido (McAdams et al., 2001) con las personas significativas para el paciente, puede encontrar un “*bien morir*” relacionado con características resilientes; y a su vez, por ejemplo, un moribundo resiliente fomenta la resiliencia en la unidad familiar que le acompaña en el bien morir, favoreciendo la futura elaboración del duelo (Manciaux, 2003), así como el crecimiento y el enriquecimiento en el proceso de reintegración posterior a un punto de bifurcación (Flach, 1988, citado en Ehrensaft y Tousignant, 2003) después de la muerte de un ser querido.

Resultados como estos abren un debate en cuanto a la resiliencia en personas moribundas o en fase terminal de la enfermedad. Ya que, durante la historia de la

conceptualización de la resiliencia, se mencionan términos alejados de la realidad de estos pacientes: proyección al futuro (Cadena et al., 2014; Manciaux, 2003; Manciaux y Vanistendael et al. 2003; Ortega y Mijares 2018), éxito (Prado y Del Águila, 2003; Braverman, 1999; Dubowitz, 2016; Fergus y Zimmerman, 2005; Rutter, 1993; Tarter y Vanyukov, 1999; Vanistendael, 2006; Vázquez y Castilla, 2007), aprendizaje (Cadena et al., 2014; Castro y Morales, 2014; Lecomte y Manciaux, 2003; Rutter, 1999), recuperación (Cabanyes, 2010; Cerezo, 2014; Lawford y Eiser, 2001; Masten, 2001; Rak 2002), superación (Arranz, 2007; Grotberg, 1995; Rutter, 2012), seguir funcionando (Bonanno, 2004), fortalecimiento (Arrebola et al., 2014; Bonanno 2004; Dematteis et al., 2012; Forés y Grané 2008; García Jacobo, 2013; Grotberg, 2001, 2006; Kern de Castro y Moreno, 2007; Rutter, 1993; Vázquez y Castilla, 2007; Uriarte, 2005; Vinaccia et al., 2007; Wagnild y Young, 1993; Walsh, 2003, 2004).

En pacientes moribundos estas atribuciones toman un matiz distinto. Tal vez, en este contexto, el término adaptación este más en concordancia con el concepto de resiliencia, en el sentido de poder conservar el mayor bienestar posible, poder darles sentido a las experiencias, tener confianza en las relaciones y ser flexibles (Becoña, 2006; Carver, 1998). Se entiende así, que la resiliencia se expresa de forma diferente dependiendo del entorno sociocultural, el tipo de trauma y la fase vital en la que se encuentra el sujeto (Giordano y Nogués, 2007, citados en Ortega y Mijares, 2018; Vera et al., 2006).

Toda resiliencia tiene un límite como dice Rutter (1993), pero la resiliencia que sucede en el momento en que todos sucumbimos a la muerte nos lleva a pensar que la resiliencia va más allá de la capacidad física de soportar el daño, y nos vuelve a poner en la resiliencia psicológica que trasciende al deterioro del cuerpo, la que nos permite morir en paz. La resiliencia no implica ausencia de enfermedad física, ni siquiera ausencia de angustia y

sufrimiento, implica que subyacen elementos compensatorios que ayudan al paciente a llevar lo mejor posible su experiencia inevitable.

El programa RED promueve que aceptar los cambios y la muerte es parte fundamental de la vida, sin olvidar la capacidad que han demostrado en el pasado de adaptarse a ellos, y salir victoriosos. El concepto de esta misma victoria está más relacionado con el legado futuro, que con lo que conservan para sí mismos, reconociendo ese mismo tipo de patrimonio recibido de sus antepasados. Para lograrlo, el paciente necesita leer retrospectivamente su vida, verse con otros ojos, leer las situaciones de otra manera, investirse de compasión, aceptación y agradecimiento a lo vivido. De esta manera, los pacientes del GI se apropiaron de sus decisiones, de su capacidad de gestión, de sus limitaciones y de su legado para generaciones venideras.

La Elaboración Constructiva del Malestar

Una de las estrategias terapéuticas usadas en el programa RED ha sido la elaboración constructiva del malestar emocional. Se ha querido demostrar que, atendiendo la sugerencia de Campos et al. (2004), al fomentar la expresión constructiva de reacciones emocionales esperadas en un proceso como el oncológico, se logra regular el malestar y se transforma la herida en crecimiento (Gianfrancesco, 2003). La importancia de trabajar con los elementos emocionales para desarrollar la resiliencia fue indicada por Wagnild y Young (1993) cuando afirmaron que la resiliencia se basa en la fuerza emocional, que junto con la adaptación modera el efecto negativo del estrés. A través del programa RED, se ha buscado canalizar constructivamente la carga emocional perturbadora de la experiencia oncológica, para luego poder activar los recursos internos con los que cuenta cada sujeto para realizar un afrontamiento adaptativo.

El conjunto de cualidades personales positivas que mencionan Rodríguez-Fernández, Ramos, Ros, Fernández y Revuelta (2016) con respecto a la resiliencia, incluye la idea de que un afrontamiento exitoso se construye a partir de las alternativas con las que se cuenta. Hemos entendido que esa construcción se enriquece a partir de una actitud abierta, que está a veces plagada de emociones que no serían las más positivas, de hecho, la expresión emocional negativa es parte de los ajustes que se hacen al enfrentarse a una adversidad (Galli y Vealey, 2008). Garmezy (1993) aseguraba que los signos de sufrimiento emocional no significan por fuerza que haya una fractura en la conducta de la resiliencia. Las emociones negativas y las positivas forman parte del proceso resiliente (Aspinwall y MacNamara, 2005).

Held (2002) remarca dentro de las propuestas de intervención o de abordaje del drama humano, lo que denomina “*tiranía del pensamiento positivo*”. Este autor asegura que impedir la expresión del malestar está relacionada con un incremento en la gravedad del diagnóstico o en un mal desarrollo del proceso de la enfermedad. La expresión emocional de los sentimientos negativos fomentada en el programa RED como parte del proceso resiliente, está en concordancia con lo que sugerían Font y Rodríguez (2007), quienes aseguraban que en las psicoterapias de apoyo los pacientes se encontraban con la oportunidad de desahogarse respecto a sus preocupaciones, dificultades, sentimientos negativos, sin tener la impresión de estar sobrecargando a los profesionales que les atendían ni a las personas en tu entorno afectivo. La hipótesis de que este abordaje además de aliviar el malestar incrementaría el nivel de resiliencia, y ha sido así. La “desintoxicación” emocional ha permitido activar las *díadas de los círculos resilientes internos* que, a su vez, activan los elementos externos de los *círculos concéntricos interrelacionales*, produciendo un incremento en el nivel de resiliencia. Utilizando nuevamente el símil del sistema inmune, la desintoxicación intestinal permite que

las defensas ubicadas allí funcionen adecuadamente, activando la capacidad del organismo de restablecer la salud.

Se ha confirmado lo propuesto por Garnezy (1991), cuando señalaba que la incapacidad inicial es parte del proceso resiliente. Cuando el sujeto acepta este impacto inicial y lo resignifica como parte de una respuesta que puede reconducir como constructiva, por medio de la aceptación de sus propias limitaciones coherentes con la situación, el sujeto convierte su debilidad en fortaleza, incrementando el nivel de resiliencia y beneficiándose de esta como un factor de protección duradero. El factor de aceptación, que se incrementó en gran medida, se asocia a la flexibilidad, a la paz en medio de la tormenta y la gestión de la angustia. Esto coincide con lo encontrado por Crespo y Rivera (2012) y García-Maroto et al. (2015) en sus estudios con mujeres con cáncer de mama; y con otros autores que han tenido en cuenta en el trabajo con este tipo de población, la expresión de catastrofismo en el manejo inicial de la situación (Crespo y Rivera, 2012; Pinquart, Frohlich y Silbereisen, 2007).

Las intervenciones como el programa RED no solo tienen en cuenta esta evidencia, sino que a través de la elaboración constructiva de estas emociones negativas iniciales, se refuerzan expresiones positivas relacionadas con el proceso oncológico encontradas en anteriores investigaciones: bienestar general, tener más fe, sentirse capaces de solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodean, tener menos preocupación por su enfermedad, demostrar más el afecto, darle más significado a su vida, siendo más optimistas y sintiéndose más fuertes (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000; Taylor et al., 1984).

Se observa que en la propuesta de elaboración de las expresiones negativas que propone intervenciones como RED, se cuenta con un instrumento para fomentar la salud

mental de estos pacientes, evitando así que puedan desarrollar trastornos depresivos y/o adaptativos durante todo el proceso de la enfermedad, además de fomentar herramientas que les permite desarrollar una nueva visión positiva de la experiencia que les había tocado vivir, como en otras investigaciones basadas en la atención plena, la psicología positiva o el crecimiento postraumático (Rodríguez, 2011, citado en Crespo y Rivera, 2012; Vera, 2004; Vera et al., 2006).

Los pacientes del GI han tenido la oportunidad de enfrentar y hacer de sus rumiaciones algo útil para este proceso de reestructuración, al que se han visto abocados sin alternativa. Ya lo mencionaba Bonanno (2004) cuando aseguraba que después de un hecho traumático, pueden transcurrir meses antes de que se logre la homeostasis. Para lograr esto, es necesario realizar una “*digestión*” y extraer el significado que tiene para nuestra vida, además de construir un nuevo relato redentor que nos permita rescatar el papel de héroe de nuestra historia. Becoña (2006) define esta búsqueda de sentido como una cualidad, un factor de promoción individual que es fundamental en el desarrollo de la resiliencia.

Tal y como aseguró Cyrulnik (Manciaux et al., 2003), para los participantes del GI, cualquier suceso vital tenía significados y posturas resilientes diferentes; asimilaban los golpes y reconstruían imágenes y percepciones en su mundo interior, utilizando recursos afectivos y sociales. Grotberg (2006) proponía que elaborar y entender las situaciones constituye un elemento fundamental para el desarrollo de la resiliencia. A la luz de los resultados, se puede decir que el paciente oncológico utiliza elementos creativos que emergen en medio de la intervención y que le sirven para explicarse el proceso que enfrenta, inserta sentidos propios, ajustando significado a las vivencias para encajarlas en su sentido global existencial (Holland, 2002). Este proceso resiliente está presente en todo el proceso de

enfrentamiento de la enfermedad, así como en la elaboración del significado que le otorga posteriormente.

Delage (2010) pone hincapié en la reflexión acerca del malestar experimentado en la adversidad vivida, como parte fundamental en el desarrollo de la resiliencia. Hemos comprobado que, a través de la toma de consciencia del malestar, enfrentándolo y elaborándolo con la ayuda de por lo menos un *tutor de resiliencia* (Cyrulnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003), el sujeto puede optimizar sus estrategias de afrontamiento, desarrollar el significado de la experiencia oncológica y elevar su nivel resiliente. En la intervención RED, este trabajo psíquico era promovido por la terapeuta, en la intimidad de la sesión y como propuesta terapéutica a realizar durante otros momentos y con otras personas de la red de apoyo emocional que rodeaba al paciente, para así trenzar la intimidad entre el paciente y algunas personas pertenecientes a su red de apoyo, activando la díada intimidad/fortaleza de los *círculos resilientes internos*, y posteriormente, que el paciente obtuviera una retroalimentación sobre la aceptación y la promoción necesarias para desarrollar la resiliencia en sus *círculos concéntricos interrelacionales*.

En este punto es importante hacer una diferenciación entre expresión de emoción negativa y el desarrollo de un trastorno depresivo. Cuando acompañamos a alguien que está afrontando un diagnóstico de cáncer, es esperable que manifieste emociones negativas, en forma de dudas, miedos y dolor. Estas emociones negativas están relacionadas con una experiencia de estas características, incluso sería sospechoso que no aparecieran. Por delante queda todavía por recorrer un camino de ajuste para el concepto de la resiliencia en ciertas condiciones de salud mental. Todavía hay quienes aseguran que ésta solo es posible cuando incluye salud mental positiva y ausencia de psicopatología (Everall et al., 2006), sin embargo,

ya hay quien llama a la reflexión en cuanto al desarrollo de la resiliencia, incluso, cuando tienen lugar las enfermedades mentales (Dyer y McGuinness, 1996; Edward et al., 2009).

El estudio de la psicopatología se va ajustado a esta nueva realidad. La psicología ha dejado de patologizar estados de malestar propios de procesos complejos de cambio y ajuste; los recursos utilizados en momentos de estrés severo se han reconocido dentro de fenómenos naturales como el de la resiliencia (Vera, 2006). El término abatimiento puede que también sea susceptible de ser revisado. Una persona que explora el costo emocional de la experiencia que está atravesando, puede encontrar beneficios en ello, aunque desde fuera parezca que está *“dejando de luchar”, “rindiéndose” o “dejándose vencer”*. La *rumiación constructiva* (Calhoun y Tedeschi, 2004) de este costo, lejos de ser abatimiento, es parte del camino resiliente. Igualmente, el mantenimiento del equilibrio que mencionaban Quintana et al. (2009), que mostraban los llamados resilientes, no tendría un carácter estático ni plano, sería dinámico y cambiante como la vida y la resiliencia misma.

Reevaluación Constante y Dinámica en el Proceso de Afrontamiento

Se ha confirmado lo encontrado por investigaciones anteriores (Ahadi et al., 2014; Barroilhet et al., 2005), quienes han señalado el carácter dinámico del proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad mediante la elaboración secundaria, como una dinámica que se actualiza en la medida que va cumpliendo fases dentro del proceso oncológico. Es probable que el paciente sienta en algún momento que sus recursos se desbordan, y que su bienestar y su vida están literalmente en riesgo; mientras que, en otros momentos, que su salud está retornando y que recupera satisfacción y controlabilidad de la situación. Así, el paciente que enfrenta un diagnóstico reciente, no utilizará las mismas

estrategias de afrontamiento, ni tendrá una adaptación a la enfermedad similar a quien se enfrenta a una recidiva, o a alguien que es consciente que su vida está llegando a su fin.

Lazarus y Folkman (1984), Folkman y Greer (2000) y luego Holland (2002) aseguraron que el afrontamiento cambia cuando la evaluación del evento y sus características cambian igualmente. En el cáncer esta dinámica es cambiante e impredecible. Para un paciente enfrentarse a la incertidumbre de una metástasis que amenaza su vida o le coloca nuevamente en una situación de inicio de tratamiento, que le hará pasar por quirófano o quimioterapia nuevamente, es diferente a aquel que se ve “*limpio*” de la enfermedad y va recuperando poco a poco su salud. Debido a este carácter cambiante, el programa RED se ha ajustado al ritmo propio e individual de cada uno de sus participantes y de su experiencia particular con la enfermedad, usando como guía el modelo de las cuatro fases de adaptación a la enfermedad (alarma, aceptación, elaboración y evolución) sólo como una base general que arroja luz en cuanto al camino que pueden recorrer estos pacientes en el ondulante camino hacia la resiliencia.

En las fases propuestas en nuestro modelo de adaptación a la enfermedad, se han tenido en cuenta considerado las aportaciones por Manciaux et al. (2003) en cuanto a la resiliencia como un proceso. Durante el año de intervención se han contemplado y estimulado los componentes de la resiliencia (aceptación y competencia), por medio de la elaboración, reajuste, reconsideraciones y evaluación del costo emocional de la experiencia. El incremento del nivel de resiliencia en el GI, confirma que los elementos que indican que el paciente se ubica en una fase siguiente, implica un salto cualitativo y progresivo a un estado más productivo y adaptativo en el proceso de afrontamiento de la enfermedad. Cada fase superada del modelo indica un incremento de la adaptación positiva, por medio del afrontamiento

activo, la compasión y la flexibilidad. Cada vuelta sobre una fase aparentemente ya superada implicaba una necesidad de reforzamiento de algún aspecto en el que el paciente necesitaba profundizar. A este movimiento adaptativo se le identificaba con la figura de espiral ascendente (Fredrickson, 2006): volver a un mismo punto, pero de una forma más elaborada y con una perspectiva mayor.

Los participantes en el GI no siguieron al mismo ritmo las fases adaptativas del modelo que se diseñó para este estudio, y no lo hicieron de una manera lineal. Durante el proceso de la enfermedad y de la intervención, marcaron un ritmo y estilo particular, al igual que en el proceso de aceptación, generación de competencias y búsqueda de recursos, coincidiendo con lo encontrado por Richardson et al. (1990). Como propone Carazo (2018), la resiliencia es un proceso dinámico, de aprendizaje, no solo del individuo sino también del entorno con el cual se encuentra en estrecha coevolución. Este autor pone énfasis en la mutua afectación que implica la interacción social que, junto con los retos vitales, proporciona aprendizajes y evolución al individuo y a quienes lo rodean.

El *Counselling* en Pacientes Oncológicos

Con respecto al estilo de intervención individual, esta investigación corrobora lo que ya encontró Forrest et al. (1982), quien asegura que ningún curso predeterminado de sesiones de *counselling* satisface por igual a todos los pacientes. Hay algunos que necesitan que se les respete su ritmo más lento, que les cuesta más abrir ciertas puertas, fases o temas. Igualmente, intervenciones como esta se deben centrar más en la salud y en el bienestar, que la enfermedad y el diagnóstico, ya que puede ser más un obstáculo que una ayuda al buen desarrollo de la intervención, tal y como indicó Rogers (1961) en su propuesta inicial de la terapia centrada en la persona.

Ya lo dijo Manciaux (2003): los caminos de la resiliencia son muchos y variados. Mediante el acompañamiento compasivo, el paciente ha construido un puente con las piedras del derrumbe, entre la persona que era y la persona que es después del diagnóstico. La terapeuta del programa RED se ha interesado en conocer los recursos que los pacientes tienen, se ha asomado a la “despensa” de recursos como una dimensión latente de afrontamiento, tal y como proponían Pearlin y Schooler (1978), recursos que son potenciales para la acción, pero que dependen del mecanismo de evaluación de las situaciones y del entorno, para que el sujeto los ponga o no en marcha. El *counselling* ha resultado ser una herramienta útil para realizar un adecuado abordaje tanto de estos recursos internos, como del manejo de los elementos emocionales que podían desbordarles. Ha sido útil a la hora de identificar las fortalezas y recursos que traían los pacientes a la terapia. Construir a partir del punto de inicio de cada paciente, situación única e irrepetible, centrarnos en la reconstrucción de su salud y su bienestar, en vez de la enfermedad y el diagnóstico, ha tenido un gran peso, afirmando lo expuesto por Rogers (1961), cuando afirmaba que el diagnóstico puede ser más un obstáculo que una ayuda.

En nuestro estudio se ha querido dar prioridad a la relación individual con cada paciente, ofrecer un soporte emocional incondicional que le permitiera expresarse emocionalmente sin el riesgo de ser juzgado. Mediante el abordaje *counselling* se le ha dado la oportunidad de participar del proceso adaptativo desde sus propias prioridades y ritmo personal. Igualmente, promover y desarrollar herramientas para fortalecer su red de apoyo, sus habilidades de comunicación y otorgar significado a la experiencia oncológica. Al igual que en la propuesta de Tveit et al. (2014), se ha tenido en cuenta que en el trabajo individual podrían haber encontrado la oportunidad de explorar elementos más personales sin miedo a herir la

sensibilidad de otra persona. En la atención individual que se ha ofrecido, y en la confidencialidad de la consulta, ha sido el paciente el que ha marcado el ritmo y el abordaje de los temas que han sido importantes para él, sin tener presión alguna por parte de la terapeuta ni de nadie más. Igualmente, ha elegido, acordando con la terapeuta, la transmisión de cierta información fuera de la consulta a aquellas personas con quien consideraba que era importante hacerlo, en parte por ser importante para el desarrollo de la terapia, o porque podría ser útil para el fortalecimiento de su red de apoyo.

También hemos tenido la oportunidad de comprobar lo encontrado por Adamsen (2002) quien, en su estudio con grupos de apoyo de mujeres, encontró que para las pacientes había sido fundamental sentirse apoyadas y comprendidas en su proceso de enfermedad. Este autor aseguró que el cáncer se había convertido para ellas en una especie de identidad y que, las pacientes abanderaban que, solo aquellos que habían pasado por la misma experiencia, las podían entender de una forma absoluta. Los pacientes llegan a esta certeza después de comprobar que sus esfuerzos por continuar con sus vidas como si no hubiera pasado nada son infructuosos, y que la adecuada adaptación posterior a esta experiencia pasa siempre por asimilar, junto con su red de apoyo, todo lo aprendido a través de ella.

Al fomentar la aceptación de los cambios necesarios que ha sufrido su realidad a partir del diagnóstico, les ayudó a entender el cambio radical que ha tenido su rutina, su visión de la vida y del futuro; y, sobre todo, les liberó del complejo de sentirse diferentes, para asimilar que lo son y que pueden llegar a ser mejores de lo que antes eran, gracias a la experiencia que les ha tocado vivir. Como si de una categoría diferente y superior se tratara, comentábamos con ellos que ya tenían una tarjeta diferente de presentación, que ya tenían un sello indeleble de

haber sido tocados por algo que, si hubieran podido elegir no lo habrían hecho, pero que ahora que debían aprender a vivir con ello, les otorgaba una mención especial.

El éxito del *counselling* con este tipo de pacientes en programas como RED, demuestra una vez más que el aprendizaje es relacional (Lave y Wegner 1991), que surge a partir de la participación e interacción con otros, quienes favorecen la trasmisión e intercambio con un ambiente de respeto y reconocimiento personal del sujeto y de su experiencia vital e irrepetible. Este intercambio de información no solo es útil para los pacientes, sino para toda su red de apoyo, incluido por supuesto la terapeuta que los acompañó.

Consideraciones Finales

Este estudio ha demostrado que la resiliencia es una capacidad susceptible de ser promovida en los pacientes oncológicos y que, si identificamos las potencialidades de cada sujeto, la necesidad de ser justificada o demostrar su existencia previa (Windle, Bennett y Noyes, 2011) pierde protagonismo. Tras la decisión de buscar apoyo externo (psicoterapéutico), y al participar en el programa RED, los pacientes del GI desarrollaron la capacidad de buscar y obtener de su entorno los recursos propicios para poder recuperar un mejor equilibrio interno y desarrollar un nivel mayor de resiliencia. Se demuestra que esta es una habilidad latente (Vanistendael, 2003; Vázquez y Castilla, 2007) que cuando se la estimula florece en medio de la adversidad y se pone en marcha como un elemento protector, amortiguador y potenciador. Se activa en la relación con elementos del entorno (Lavoie et al., 2016; Manciaux y Lecomte et al., 2003; Stein, Fonagy, Ferguson y Wisman, 2000). Esta investigación aporta datos para eliminar el peligroso concepto que insinúa que hay personas que “*no tienen lo que hace falta*” para superar las adversidades (Talarn et al., 2013; Vera et al.,

2006; Walsh, 2004), que “*cada cual tiene lo que se ha buscado*” (Waller, 2001), y que la supresión de políticas sociales está justificada (Tomkiewicz, 2004).

En este proceso de conceptualización de la resiliencia se ha ido dejando atrás el concepto ambiguo de que las personas que presentan esta característica son “*sanas y exitosas*” (Rutter, 1993), para derivar en aquel que habla de sujetos que logran mantener un bienestar psicofísico a pesar de las adversidades (Sorza, 2014), en medio de una comunidad y macrosistema resiliente (Ehrensaft y Tousignant, 2003). El acompañamiento del “*tutor de resiliencia*” (Cyrułnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003) en el papel de la psicooncóloga ha sido la orquestación del proceso dinámico (interno y externo) en el que ha acompañado al paciente (Lavoie et al., 2016; Luthar et al., 2000; Masten et al. 1999; Olsson et al., 2003; Waller, 2001). La posibilidad de desarrollar un mayor nivel de resiliencia no ha dependido del individuo aislado, sino que ha surgido del engranaje relacional y ecosistémico (Kim-Cohen et al., 2004; Liu et al., 2017) de aquellos recursos disponibles para él, en el momento en el que lo necesitaba.

El objetivo de este y otros programas que intentan fomentar la resiliencia (Cardoso et al., 2018), no es resolver el trauma, sino los efectos nocivos del trauma. Fomentar el sentido de compromiso y estimular la reinterpretación de las experiencias (Álamo et al., 2012) facilita la adquisición de una forma más flexible de entender la enfermedad, su situación actual y futura (Crespo y Rivera, 2012). Asimismo, ayuda a construir una nueva forma de entender su vida en el mundo y a actualizar el sistema de valores, de manera que esta reconstrucción les ha facilitado aprendizajes y crecimiento personal (Vera, 2006; Crespo y Rivera, 2012).

Haber logrado incrementar el nivel de resiliencia del GI, prepara un terreno favorable en una triple dirección, como indicaban Ortega y Mijares (2018): superar la adversidad,

prepararse para afrontar las vicisitudes venideras (prevención y proacción) y aprender de las adversidades. Cabe esperar que los participantes del GI que han elevado su nivel de resiliencia puedan encontrar en ella una herramienta que modere el impacto del posible estrés que deban enfrentar en las fases futuras de su enfermedad, y con ello, consigan un mantener un nivel mayor de bienestar psicológico.

Son muchos los estudios que muestran que mantener un nivel de resiliencia mayor, como el que ha logrado ser promovido mediante el programa RED, indica no solo una mayor aceptación de las condiciones de salud, sino la recuperación de esta (Bletzer, 2007; Bonanno, 2004; Quiceno y Vinaccia, 2010; Rodríguez et al., 2005; Schulz et al., 1996; Trivedi et al., 2011; Yi et al., 2008; Zautra, 2008). Específicamente, el estudio de Broche y Ricardo (2011) relacionan directamente un mayor nivel de resiliencia con una disminución de la mortalidad de los pacientes enfermos de cáncer, apoyados en estudios anteriores donde se había observado características psicológicas específicas que en su momento se denominaron “*emocionalmente expresivas*”, y que hoy están enmarcadas dentro del concepto de resiliencia: amabilidad, capacidad de cooperación y menor hostilidad.

La resiliencia se relaciona con la aceptación y el compromiso con la experiencia, más que con la identificación de felicidad o falta de malestar. El malestar y el dolor son parte de la vida, y son parte de la experiencia relacionada con el cáncer. Se puede estar ante una condición en sí misma desesperanzadora. Ya que promocionando la resiliencia se consiguen objetivos muy a corto plazo, aunque no garantizan, ni siquiera, el buen resultado en la siguiente fase de la enfermedad, ni en el suceso vital que enfrente el sujeto en su futuro, pero, aun así, valen la pena. Se perfilan recursos y herramientas que podrán ser usadas posteriormente.

El incremento del nivel de resiliencia, en ningún caso significa una inmunidad futura, pero sí una mayor capacidad de restablecimiento del equilibrio después de experiencias adversas como la oncológica (Bonanno, 2004; Masten et al., 1999; Wagnild y Young, 1990, citados en Atkinson et al., 2009; Werner, 1989, 1992). No significa un seguro de vida a prueba de colapso en el futuro, pero sí un sesgo positivo en la percepción de uno mismo y del devenir vital (García-Maroto et al., 2015). No podemos hablar de una garantía perpetua, sino de un resultado cambiante con efectos positivos estables que ofrezcan al sujeto la capacidad de enfrentar de forma adaptativa el proceso en el que se halla inmerso, aunque luego pueda sobrevenir el agotamiento o el deterioro.

7. Observaciones de la Terapeuta Durante la Aplicación del Programa RED

En este apartado se exponen aquellos aspectos que se han observado, y que no se ven reflejados ni se demuestran cuantitativamente en los resultados, pero que nos ha parecido importante exponer porque dan cuenta de las variaciones individuales durante la aplicación del programa RED.

Una de las estrategias terapéuticas usadas en el programa RED fue el fomento de que el paciente identificara la enfermedad como un reto y no como una amenaza, tal y como lo sugieren Kobasa et al., (1982); integrando con flexibilidad la interrupción de la línea vital que plantea el diagnóstico del cáncer. Es decir, en vez de fomentar las características que se le atribuyen a la resistencia: compromiso, desafío y control (Fernández-Lansac y Crespo, 2011), se fomentaron dos de las características principales que se le atribuyen a la resiliencia: la flexibilidad y la adaptabilidad. Tal vez por lo mismo, estos autores relacionan resiliencia y resistencia, pero las diferencian, asegurando que la resiliencia no tiene como condición necesaria la resistencia, pero que esta última posee actitudes y comportamientos que pueden incrementar la resiliencia.

Podríamos afirmar que la resistencia es rígida, agota los recursos y termina por quebrarse y que, por otro lado, la resiliencia es adaptable, está en continua renovación y genera recursos en sí misma. La misma dinámica de la resiliencia favorece la adaptación a cada circunstancia que vaya enfrentando el individuo a lo largo de su vida. Sin embargo, la resistencia por sí misma, connota una postura de cierta inmovilidad ante el cambio. En la evaluación inicial que realizamos en el GI, cuando se identificaba la resistencia en un paciente, esta característica se utilizaba como apoyo para incrementar su disposición hacia la resiliencia. Mediante la intervención terapéutica ha sido posible “*ablandar*” la rigidez para ajustarse a los

cambios, para aceptar sus limitaciones, para ajustar sus expectativas y reemplazar su juez interno por compasión. Clarke (2013) lanzaba ideas al respeto cuando aseguraba que la misma resistencia conducía a la negación de la realidad y a toma de decisiones no pertinentes, llevando al paciente a postergar y errar; cuando la resistencia falla, emerge la resiliencia.

En cuanto a la diferenciación de factores de riesgo y de protección, ya Rutter alertó de lo ambiguo de podría ser esta clasificación (Forés y Grané, 2008; Manciaux y Vanistendael et al., 2003; Theis, 2003), a pesar de que aseguró que para poder desarrollar programas de prevención hacen falta poder identificar los factores de riesgo que impiden el desarrollo de la resiliencia. En el ajuste de la intervención RED a cada caso, se ha tenido en cuenta lo dudoso de la clasificación de los factores de riesgo y de protección, ya que un factor de riesgo puede ser de tipo protector para otra persona, tal y como aseguran los exponentes de la escuela francesa de resiliencia (Manciaux y Vanistendael et al., 2003). A pesar de que el mismo diagnóstico se ha considerado en todos los casos un factor de riesgo indudable, las características personales y situacionales de los sujetos, han presentado igualmente esta dualidad; por ejemplo, la edad: para alguno de ellos, ser ancianos otorgaba la tranquilidad de haber vivido una vida con sentido o tener una larga lista de eventos vitales agotadores; y, en los casos de los pacientes más jóvenes, enfrentarse a posibles limitaciones el resto de su vida o sentir que tenían la suficiente fuerza para dar la lucha por sobrevivir.

Se ha fomentado la búsqueda de sentido (Frankl, 2015) relacionada con la espiritualidad como parte de la red que nos sostiene a todos los seres humanos. Suárez y Autler (2006, citados en Rodríguez, 2017) la mencionan como uno de los cinco pilares de la resiliencia en el ámbito de la comunidad, pero este recurso encuentra su centro en la individualidad, en la fe en el que cada sujeto encuentra su sentido de existencia. Dentro de este aspecto podemos encontrar

diferentes cultos compartidos, religiones profesadas, amuletos populares, imágenes adoradas, oratorias comunes, pero el significado individual que cada cual otorga a una imagen exterior de sostén y apoyo todopoderoso, que le hace descansar cuando la tensión y el malestar le sobrepasa. Teniendo en cuenta que el concepto de espiritualidad siempre ha estado inmerso cuando se habla de la resiliencia, a veces en su forma menos marcada de adhesión a los valores morales, a un sentido innato de la justicia (Manciaux, 2003, p. 109). Se ha tenido en cuenta lo mencionado por Michel:

Parece que los sujetos muy mayores hay una clara relación entre la religiosidad y la salud física, de modo que la adaptación religiosa puede ser una estrategia eficaz para muchos pacientes ancianos enfermos, que de otra forma podrían desanimarse rápidamente ante su enfermedad. (1998, citado en Manciaux, 2003, p.109)

Al haber incrementado el nivel de resiliencia, se ha mejorado la disposición de la búsqueda de bienestar; al haber ajustado las estrategias de afrontamiento, se ha potenciado herramientas para conseguirlo. Fredrickson (2006) afirma que la experimentación de emociones positivas aumenta el rasgo de la resiliencia y que esta predice, a su vez, bienestar y crecimiento psicológicos con lo que se forma un ciclo que se retroalimenta una espiral ascendente de bienestar emocional. Es la primera vez que se habla de ese espiral ascendente que plantea el programa RED, pero él lo menciona como un ciclo que se retroalimenta en la resiliencia en sí, y aquí se plantea como un espiral de autoconocimiento y desarrollo de todas las áreas vitales (internas y externas), que se alimentan de la capacidad resiliente, inicialmente en consulta en compañía del *tutor de resiliencia* (Cyrułnik, 1999, citado en Manciaux y Lecomte et al., 2003) y posteriormente en el desarrollo vital del paciente con su red de apoyo.

La sugerencia de Masten (2001) pierde significancia, ya que posterior a la experiencia con el GI, es difícil clasificar los pacientes en quienes han reaccionado mejor de lo esperado y quienes no, o quienes mantienen una adaptación positiva y quienes no se abaten ante las fases que van enfrentando; o aquellos que tienen una buena recuperación del riesgo. Hay en su planteamiento conceptos valorativos muy difíciles de concretar. Es complicado empezar por aclarar si en algún momento se esperaba que los pacientes funcionaran de una o de otra manera, ya que la única pretensión inicial era que completaran el año de intervención ofrecida; por tanto, no había un prejuicio de una reacción mejor o peor que otra. Por ejemplo, nunca se encontró un caso que fuera constante en optimismo, así como tampoco otro que fuera un constante abatimiento; se entendían ambas expresiones como parte de un proceso de adaptación continua. Por último, calificar de “buena” la recuperación al riesgo vital que implica el cáncer, no se intuye ni definitiva, ni fácil de determinar a corto plazo.

Atendiendo a lo propuesto por Richardson et al. (1990, citados en Mayhew y Mayhew, 2003) se ha promovido un tipo de reintegración con resiliencia, y se ha encontrado que son frecuentes los otros tres tipos de reintegración en el grupo de intervención: la reintegración disfuncional que está muy relacionada con el estilo de afrontamiento evitativo o de huida, sobre todo en el GC que no ha rebajado el uso de esta estrategia de afrontamiento; la reintegración con pérdida, caracterizada por altos desajustes emocionales en los pacientes, y un duelo profundo por el antiguo Yo; y por último, la reintegración a zona de bienestar, con la pretensión tanto imposible, de la vuelta al estado anterior al diagnóstico. De hecho, se ha constatado la presencia de características de las tres, en el proceso de reintegración resiliente. En el presente estudio, el objetivo estaba más en concordancia con lo expresado por Grotberg (1997) quien identifica la resiliencia como un crecimiento más allá del funcionamiento anterior al trauma.

En la evaluación previa al inicio de la intervención con los participantes del GI, se identificaban las condiciones favorables/adaptativas y aquellas que necesitaban ser fortalecidas o desarrolladas. Se exploraba en la historia del paciente aquellas áreas o fases de su vida en las que podíamos sacar información de los aspectos más beneficiosos y fuertes que habían ya desarrollado previamente. Durante la aplicación del programa se han encontrado algunos casos con mayores factores de riesgo y deterioros psíquicos acumulados en el pasado. El proceso se ve afectado por las experiencias previas o las situaciones personales que están presentes en cada historia personal, cada suceso vital (trastornos psicológicos o enfermedades previas, duelos, entre otros), y sobre todo el estado social-afectivo-familiar de cada participante, ha tenido un peso considerable en el ajuste de la intervención terapéutica y en los resultados obtenidos. Igualmente, la perspectiva futura ha tenido una gran importancia, el pronóstico de la enfermedad (libre de actividad neoplásica, recidiva, paliativa, indeterminada, por ejemplo), así como las consecuencias de esta (mutilaciones, infertilidad, discapacidades, entre otras), han sido tenidas en cuenta tanto en la intervención y en los resultados de la enfermedad.

En cuanto a los recursos económicos de los participantes del GI, en algunos casos ofrecía la posibilidad de viajar para buscar alternativas terapéuticas, y contratar personal externo para su cuidado y atención, con la consiguiente desafección y soledad experimentada; en otro caso, cuando escaseaban, aparte de impedir desplazamientos y opciones terapéuticas especializadas, les daba la oportunidad de recibir cuidado de quienes les rodeaban, y de esta manera experimentar la cohesión y el fortalecimiento de vínculos afectivos. Otro ejemplo, la edad de los hijos, el tener hijos pequeños fue en algunos casos una motivación de recuperación e imposibilidad de desconexión familiar, y en otros, un motivo adicional de experimentar temor y culpa por la posibilidad de dejarles huérfanos. En el caso de que fueses hijos mayores, en

algunos casos constituyeron una ayuda logística importante, y en otros, se experimentó una soledad y un distanciamiento mayor, con la desafección consiguiente.

Al igual que en el estudio Cardoso et al. (2018) los participantes del GI hicieron algo más que superar la adversidad, encontraron nuevos significados para las dificultades y se fortalecieron gracias a ello. Estos mismos autores destacan el carácter dinámico de la resiliencia y su sensibilidad a ser alterado si se modifican los factores que la influyen. Al igual que en su estudio, el nuestro permitió conocer el contexto individual de cada participante, pero además de motivar su participación en estrategias de intervención, se centró en la identificación los recursos propios del individuo y fomentó el desarrollo de nuevos recursos que compensaran aquellos factores de riesgo presentes en su historia personal, tal y como sugería Breitbart et al. (2012; 2015). Esto fue posible mediante el pensamiento reflexivo, ya que este se ha identificado en anteriores investigaciones (Hodges et al., 2005) como una habilidad necesaria para ser un profesional de la salud con capacidad de compromiso y apoyo (Forján y Morelato, 2018), capaz de ejercer su labor como *tutor de resiliencia*.

8. Implicaciones Clínicas y Sociales

Si se tiene en cuenta lo afirmado por Masten et al. (1999) cuando aseguran que la resiliencia es un rasgo relativamente global de la personalidad que permite la adaptación a la vida, y lo expuesto por la epigenética (Rutter, 2012), esto conduce a la certeza de estar abordando una capacidad siempre existente en cada sujeto. Entendiendo que siempre existe, depende del buen diseño de las intervenciones terapéuticas e institucionales para potenciarlo de la mejor manera en cada caso. Es difícil generalizar la fase de la enfermedad en la que decidieron buscar y aceptar ayuda profesional mediante la participación en este estudio; en algunos casos sucedió en el momento mismo del diagnóstico, ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la pérdida de empleo o el final de los tratamientos, entre otras. Esto corrobora que la necesidad de atención psicooncológica es necesaria en todas las fases de la enfermedad, y que el proceso de adaptación del paciente está en continua evolución y ajuste.

Álamo et al. (2012) encontraron que había pacientes que no lograban desarrollar una mayor resiliencia. Esto puede deberse al desgaste que mencionan Trivedi et al. (2011), o porque no se logró, por algún motivo, la activación dual de los recursos propios y los recursos del entorno. En la investigación de Álamo et al. (2012) se señala la falta de iniciativa personal, dificultades a la hora de relacionarse, bajo nivel de asertividad y autoestima, todo ello sensible a ser intervenido y desarrollado por programas como RED.

Este estudio está en el camino de un cambio de paradigma que plantea la resiliencia en la investigación psicológica, ya que privilegia el enfoque en las fortalezas y no en el déficit o problema. Esta propuesta se basa en potenciar los recursos disponibles de los individuos, sus comunidades y sus instituciones para que sean parte de la solución ante una situación crítica (Quintero, 2005; Vinaccia et al., 2007). Tal y como aseguraba Rodríguez (2017), centrar

únicamente la mirada institucional en las debilidades, las carencias y los déficits, no permite a los profesionales ayudar a las personas, y tampoco a las personas afectadas empoderarse, y desplegar sus potencialidades y recursos.

Otro elemento importante de la propuesta de hacer el análisis y la intervención del sujeto como parte de una red, y no como un individuo aislado de su entorno. Tal y como propone Cyrulnik con el término de *tricot*, y Tomkiewitz con el término de *filet* (Theis, 2003). La respuesta en red fortalece al individuo que ya no se encuentra solo. Cuando alguien tiene cáncer, todos tenemos cáncer. Sin embargo, desde el concepto dinámico de la resiliencia, nos planteamos una inquietud: ¿los programas de sensibilización y apoyo al paciente oncológico están cumpliendo la labor de ofrecer la ayuda necesaria para que este no se individualice y aísle en su proceso de afrontamiento?, ¿Nuestra cultura occidental, cada vez más individualizada, está recluyendo a cada uno de nosotros en nuestras tragedias personales? La diferencia puede radicar en lo que parece ser el “*activador*” de recursos resilientes: la reevaluación individual que moviliza la búsqueda de apoyo externo para mejorar las condiciones internas. Como en cualquier psicoterapia, sin este activador interno, resulta imposible intervenir desde el exterior. Pero ese activador es posible fomentarlo con políticas institucionales más sensibles a las necesidades de los pacientes oncológicos.

Arranz et al., (2003) aseguran que mientras los oncólogos y profesionales del manejo clínico directo expresan la necesidad de distanciarse emocionalmente de los enfermos y centrarse en la enfermedad orgánica, los pacientes oncológicos presentan demandas en el sentido contrario. Parte de nuestra función como psicooncólogos, está el promover este tipo de ambiente profesional dentro de los equipos sanitarios. Nos falta mucho por conseguir en este aspecto, pero mientras llegamos a acercarnos a esa meta, el *counselling* puede facilitar que los

pacientes tomen un paso adelante en la búsqueda activa de intercambio de información con cada especialista, lo que al final puede facilitar e incrementar la realización de abordajes terapéuticos más eficaces e integrales (Gil Moncayo, 2015; Roter y Hall, 1987, citado en López et al, 2003).

La dirección que tiene en la actualidad los estudios de la resiliencia abanderada lo que la escuela francesa propone en sus títulos y premisas: “*la resiliencia, resistir y rehacerse*”, “*el realismo de la esperanza*”, “*la felicidad es posible*”, “*dejar la idea de la fatalidad... de un determinismo que juzgue que 'todo está decidido'... tras un suceso dado*”. Investigaciones como esta, pretenden el desarrollo de la resiliencia no como una utopía, sino como una realidad que es construida entre todos.

9. Limitaciones del Estudio

Al igual que el de Karabulutlu et al., (2010) debe tenerse en cuenta varias limitaciones para generalizar los resultados de este estudio. La muestra fue extraída de pacientes que residen y reciben tratamiento en un conjunto de pequeñas poblaciones de ámbito rural en el suroeste de España (distrito Aljarafe, zona básica Pilas, provincias de Sevilla y Huelva, Andalucía). Por lo tanto, la generalización de estos hallazgos a individuos que viven en otras regiones geográficas es limitada.

Igualmente, nuestro estudio involucró un número muy limitado de pacientes, que accedieron voluntariamente a participar en el estudio dentro del grupo de control o de intervención. Para generalizar estos resultados a la totalidad de la población española o urbana, se necesitan más estudios con poblaciones más grandes, y con muestras aleatorias.

No se ha podido analizar la importancia que han podido tener variables como la edad, el sexo, el tipo de cáncer o el pronóstico del mismo en los resultados obtenidos, debido al tamaño de la muestra y al número limitado de sujetos que podían representar cada caso.

Tampoco se han controlado dos elementos presentes durante todo el estudio y que sería importante valorarlos en siguientes investigaciones: espiritualidad y religiosidad.

10. Conclusiones

Conclusión 1. El programa RED ha conseguido incrementar el nivel de resiliencia en aquellos pacientes que participaron en el mismo. Se confirma así la H1.

Conclusión 2. El programa RED ha incrementado el componente aceptación de la resiliencia en aquellos pacientes que participaron en el mismo. Se confirma así la H2

Conclusión 3. El programa RED ha logrado incrementar el componente competencia de la resiliencia en aquellos pacientes que participaron en el mismo, pero no ha logrado una significación estadística y su tamaño de efecto es insignificante. No se confirma la H3.

Conclusión 4. El programa RED no ha logrado incrementar el nivel de uso de la estrategia de afrontamiento combinada de búsqueda de apoyo social. Así pues, no se confirma la H4.

Conclusión 5. El programa RED ha logrado reducir el nivel de uso de la estrategia de no afrontamiento, la de escape, huida y evitación en aquellos pacientes que participaron en el mismo. Se confirma así la H5.

Conclusión 6. El programa RED ha logrado incrementar el nivel de uso de la estrategia dirigida a la emoción en el subtipo reevaluación positiva en aquellos pacientes que participaron en el mismo. Se confirma así la H6.

Conclusión 7. El programa RED ha conseguido incrementar el nivel de uso de la estrategia dirigida al problema, en el subtipo confrontación, pero no ha logrado una significación estadística y su tamaño de efecto es insignificante. Así pues, no se confirma la H7.

Conclusión 8. El programa RED ha conseguido incrementar el nivel de uso de la estrategia dirigida al problema, en el subtipo planificación en aquellos pacientes que participaron en el mismo. Se confirma así la H8.

Conclusión 9. El programa RED ha logrado reducir el nivel de uso de la estrategia dirigida a la emoción en el subtipo aceptación de la responsabilidad en aquellos pacientes que participaron en el mismo, pero no ha logrado una significación estadística y su tamaño de efecto es insignificante. Así pues, no se confirma la H9.

Conclusión 10. El programa RED ha conseguido reducir el nivel de uso de la estrategia dirigida a la emoción en el subtipo distanciamiento en aquellos pacientes que participaron en el mismo, pero no ha logrado una significación estadística y su tamaño de efecto es insignificante. Así pues, no se confirma la H10.

Conclusión 11. El programa RED ha logrado reducir el nivel de uso de la estrategia dirigida a la emoción en el subtipo autocontrol en aquellos pacientes que participaron en el mismo, pero no ha logrado una significación estadística y su tamaño de efecto es insignificante. Así pues, no se confirma la H11.

11. Referencias

- Abbott-Anderson, K., y Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 124(3), 477-489.
- Abbott, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., y Conway, S. (2008). Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis: the role of coping. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 149-157.
- Abrams A., Hazen E., y Penson R. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 33(7), 622-630.
- Aburn, G., Hoare, K., y Gott, M. (2018). Reflecting on a journey of resilience in children's blood and cancer nursing. *Reflective Practice*, 19(2), 250-263.
- Acinas, M. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65-71.
- Acosta, P., Chaparro, C., y Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de psicología*, 17, 9-26.
- Adamsen, L. (2002). From victim to agent: the clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 224-231.
- Ader, R., y Cohen, N. (1975). Behaviourally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 333-340.
- Ahadi, H., Delavar, A., y Rostami, A. (2014). Comparing coping styles in cancer patients and healthy subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 3467-3470.

- Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren A., y Johansson, G. (2004). Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 205-13.
- Aizpurúa, L., y Correa, V. (2015). *La actividad profesional del psicólogo en psicooncología infanto-juvenil* (Tesis doctoral). Universidad Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T., y Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(6), 463-473.
- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., y Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381-2385.
- Álamo, G, Caldera, M., Cardozo, M., y González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Formación gerencial*, 11(2), 268-294.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Aldwin, C., y Revenson, T. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- Almanza-Muñoz, J., y Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología Mexicana*, 46(3), 196-206.

- Alonso, C., y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cancer. *Clínica contemporanea*, 2(29), 187-207.
- Alriksson-Schmidt, A., Wallander, J., y Biasini, F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of pediatric psychology*, 32(3), 370-379.
- Alvarado, S. Ascencio, L., y Núñez, C. (2015). Uso del counselling en algunos tipos de cáncer. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 84-91). Barcelona: Elsevier Health Services.
- Andersen, B. (1992). Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance the Quality of Life. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(4), 552-568.
- Andrykowski, M., Cordova, M., Hann, D., Jacobsen, P., Fields, K., y Phillips, G. (1999). Patients' psychosocial concerns following stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 24(10), 1121-1129.
- Aneshensel, C. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual review of sociology*, 18(1), 15-38.
- Anthony, E. (2008). Cluster profiles of youths living in urban poverty: Factors affecting risk and resilience. *Social Work Research*, 32(1), 6-17.
- Anthony J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience. En Anthony, E. J., y Cohler, B. J. (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3-48). New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Appleton, S., Fry, A., Rees, G., Rush, R., y Cull, A. (2000). Psychosocial effects of living with an increased risk of breast cancer: an exploratory study using telephone focus groups.

- Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(6), 511-521.
- Arbizu, J. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24, 173-178.
- Arranz, P. (2004). Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y el sufrimiento: la acogida. *Monografías humanitas*, 2, 127-137.
- Arranz, P. (2007). La resiliencia en educación como elemento favorecedor del proceso de autodeterminación en las personas con discapacidad. En M. Liesa, P. Allueva y M. Puyuelo. (Coord.), *Educación y acceso a la vida adulta de personas con discapacidad* (pp. 119-132). Barbastro, Huesca: Fundación Ramón J. Sender.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., y Bayés R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Arranz P., y Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 93-120). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Arraras, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M., y Calvo, J. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health y Medicine*, 7(2), 181-187.
- Arrebola, A., García, R., Catena, A., Marfil, R., Melgares, R., y Ramírez, J. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 111-119.
- Arrighi, E., Jovell, A. J., y Navarro, M. D. (2010). El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de Pacientes, familiares y profesionales. *Psicooncología*, 7(2), 363-374.

- Arrighi, E., Jovell, A., Navarro, M., y Font, A. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*, *11*(1), 117-128.
- Aspinwall, L., y MacNamara, A. (2005). Taking positive change seriously. *Cancer*, *104*(11), 2549-2556.
- Atehortúa, M. (2002). Resiliencia: otra perspectiva de las experiencias sociales y personales dentro de la empresa. *Estudios Gerenciales*, *18*(82), 47-56.
- Atkinson, P., Martin, C., y Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(2), 137-145.
- Austenfeld, J., y Stanton, A. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, *72*(6), 1335-1364.
- Aydin, E. (2008). Trauma and resilience in women diagnosed with breast cancer: A transactional analysis perspective. *Transactional Analysis Journal*, *38*(4), 323-334.
- Baca, D. (2014). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, *3*(1), 107-124.
- Baines, B., y Norlander, L. (2000). The relationship of pain and suffering in a hospice population. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *17*(5), 319-326.
- Baker-Glenn, E., Park, B., Granger, L., Symonds, P., y Mitchell, A. J. (2011). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *20*(5), 525-531.

- Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., y Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Just in Time/Roche Farma.
- Barbosa, R. (2005). *Oncologia Infantil e Resiliência: um enfoque na saúde*. Estudio vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar. Centro de Ciências Humanas. Curso Psicologia. Bauru: Universidade Sagrado Coração.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con càncer de mama* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61.
- Barra-Almagia, E. (2009). Influencia del estrés y el ánimo depresivo sobre la salud adolescente: Análisis concurrente y prospectivo. *Universitas Psychologica*, 8(1), 173-182.
- Barreto, P., Díaz, J., y Saavedra, G. (2013). Acercamiento al sufrimiento a través del counselling. *Informació psicològica*, 100, 171-176.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Bauer, J., McAdams, D., y Sakaeda, A. (2005). Interpreting the good life: Growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 203-217.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5(2), 119-135.
- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica, prevención y terapéutica psicológica del cáncer*. Barcelona: Martínez Roca.

- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.
- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina clínica*, 122(14), 539-541.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza.
- Beca, J. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*, 1(1). Recuperado el 23 de junio de 2016 en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Bellizzi, K., y Blank, T. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56.
- Benito, E., Barbero, J., y Dones, M. (2014). Espiritualidad en clínica. *Una propuesta de evaluación y acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos*. Secpal. Recuperado el 15 de mayo de 2016, del sitio web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>
- Benito, E, Barbero, J., y Payás, A., (2008). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos una introducción y una propuesta. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. Madrid: SECPAL-Aran. Recuperado el 10 de junio de 2016 en la pagina web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf
- Benjamin, B., Ziginkas, D., Harman, J., y Meakin, T. (2002). Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: a pilot

- study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(3), 244-248.
- Billings, A., y Moos, R. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.
- Bimbela, J. (2001a). El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24(2), 33-42.
- Bimbela, J. (2001b). *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la Salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. Recuperado el 6 de junio de 2016 en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/41813.html>
- Blanco, N., y Blanco, A. (2015). Terapias grupales de expresión y soporte. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 274-281). Barcelona: Elsevier Health Services.
- Bletzer, K. (2007). Identity and resilience among persons with HIV: A rural African American experience. *Qualitative Health Research*, 17(2), 162-175.
- Bloom, J. (2002). ¿Surviving and thriving? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 89-92.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: ¿Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20-28.
- Borràs, f. (2004). La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o yatrogenia: psiconeuroinmunología. *Monografías Humanitas*, 2, 27-38.
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.

- Bourjolly, J., y Hirschman, K. (2001). Similarities in coping strategies but differences in sources of support among African American and White women coping with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(2), 17-38.
- Bouvier, P. (2003). Temperamento, riesgo y resiliencia en el niño. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.63-74). Barcelona: Gedisa S.A.
- Bower, P., Knowles, S., Coventry, P., y Rowland, N. (2011). Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9). Recuperado el 3 de mayo de 2016 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7050339/>
- Bradley, R., Schwartz, A., y Kaslow, N. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(6), 685-696.
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., y Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 417-428.
- Braña, B., Carrera, D., De La Villa, M., Vegas, E., Fernández, S., y Gracia, M. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2), 65-75.
- Braverman, M. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine y Tobacco Research*, 1(1), S67-S72.

- Bravo, H., y López, P. (2015). Resiliencia familiar: una revisión sobre artículos publicados en español. *Revista Investigación en Psicología*, 18(2), 151-170.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., ...Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*, 284(22), 2907-2911.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive care in cancer*, 10(4), 272-280.
- Breitbart, W. (2007). ¿Who needs the concept of spirituality? ¡Human beings seem to! *Palliative y supportive care*, 5(2), 105-106.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., ...Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(1), 21-28.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A., Li, Y., Abbey, J., ...Cassileth, B.R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cáncer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(2), 1304-1309.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., y Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749.

- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 1-18.
- Brewin, C., Andrews, B., y Valentine, J. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Broadstock, M., Michie, S., Gray, J., Mackay, J., y Marteau, T. (2000). The psychological consequences of offering mutation searching in the family for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer. A pilot study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(6), 537-548.
- Broche Y., y Ricardo, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Revista Psicología.com*, Recuperado el 1 de junio de 2016 en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4068/3/psicologiacom_201_1_15_17.pdf.
- Brotto, L., Yule, M., y Breckon, E. (2010). Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 346-360.
- Brown, R., Madan-Swain, A., y Lambert, R. (2003). Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their mothers. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 16(4), 309-318.
- Burkett, V., y Cleeland, C. (2007). Symptom burden in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 1(2), 167-175.

- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Cadena, A., Castro, G., y Franklin, E. (2014). Vivencias y significados de adolescentes sobrevivientes al cáncer. *Trilogía. Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 10, 145-163.
- Calhoun, L., Cann, A., Tedeschi, R., y McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527.
- Callahan, D. (2004). Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. En R. Bayés. (Ed.), *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica* (pp. 5-16). Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Camargo G., Macías G., y Quintero, Z. (2014). «La alegría de vivir»: metodología didáctica desde la resiliencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 66, 159-174.
- Cameron, L., Booth, R., Schlatter, M., Ziginskis, D., y Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(3), 171-180.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., y Stein, M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 585-599.
- Campos, M., Iraurgi, J., Paez, D., y Velasco, C. (2004). Coping and emotional regulation of stress events. A meta-analysis of 13 studies. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

- Campos-Ríos, M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología*, 6(1) 6-13.
- Cancio, H., y Serrano R. (2007). El counselling. Un arte. Una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 7(1), 7-17.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38-41.
- Carazo, V. (2018) Resiliencia y coevolución neuroambiental. *Revista Educación*, 42(2), 529-554.
- Carazo, V., y López, L. (2009). Aprendizaje, coevolución neuroambiental. *Colección pedagógica formación inicial de docentes centroamericanos de Educación básica*, 43. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana CECC/SICA, San José, Costa Rica: Editorama, S.A. Recuperado el 23 de mayo de 2016 en: https://multimedia.uned.ac.cr/pem/neurologia_infantil_basica/pdf/1.pdf
- Cardenal, V., Cerezo, M., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M., y Blanca, M. (2012). Personality, Emotions and Coping Styles: Predictive Value for the Evolution of Cancer Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 756-767.
- Cardenal, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales - el estilo de evitación emocional - y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.

- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Martín, I., y Martínez, J. (2008). Estresores vitales, evitación emocional y cáncer de mama. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 522-530.
- Cárdenas, R., y López, F. (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 12-13, 59-70.
- Cardoso, D., Muniz, R., De Oliveira, H., Da costa, A., De Oliveira, I., y Do Amaral, D. (2018). Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: estratégias para promoção da resiliência/Women survivors of breast cancer: strategies for promoting resilience. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 474-484.
- Carlson, L., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... Bultz, B.D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2297-2304.
- Carlson, L., Labelle, L., Garland, S. Hutchins, M., y Birnie, K. (2011). Intervenciones basadas en mindfulness en oncología. En F. Didonna. (Ed.), *Manual Clínico de Mindfulness*. (pp. 639-671). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carrobes, J., Remor, E., y Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carroll, B., Kathol, R., Noyes Jr, R., Wald, T., y Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General hospital psychiatry*, 15(2), 69-74.
- Carver, Ch., Scheier, M., y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., ... Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women

- with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375–390.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of social issues*, 54(2), 245-266.
- Carver C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M., y Pozo-Kaderman, C. (2000). How important is the sense of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 139-149.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., y Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being During Treatment Predict Psychosocial Well-Being Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516.
- Cassell, E. J., y Rich, B. A. (2010). Intractable end-of-life suffering and the ethics of palliative sedation. *Pain Medicine*, 11(3), 435-438.
- Castaño, A.M., y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93.
- Castellano-Tejedor, C. (2015). Optimismo, afrontamiento y cáncer pediátrico: un estudio descriptivo. *Psicooncología*, 12(1), 19-38.
- Castellano-Tejedor, C., Eiroa-Orosa, F. J., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Sánchez de Toledo, J., y Blasco-Blasco, T. (2015). Perceived positive and negative

- consequences after surviving cancer and their relation to quality of life. *Scandinavian journal of psychology*, 56(3), 306-314.
- Castro, G., y Morales, A. (2014). *Clima social familiar y resiliencia en adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo* (Tesis de licenciatura). Universidad católica santo Toribio de mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Cerezo, M. V. (2014). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información psicológica*, 106, 17-27
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de psicología*, 41(1), 131-140.
- Cheung, S. Y., y Delfabbro, P. (2016). ¿Are you a cancer survivor? A review on cancer identity. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 759-771.
- Chiozza, L., (2017) *Cáncer ¿Por qué a mi, por qué ahora?* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(2), 84-103.
- Cifre, E., y Navarro, M. L. (2013). Construyendo puentes entre la responsabilidad social empresarial y la salud psicosocial en las organizaciones: una guía 2.0 para el incremento de la “empleabilidad”. *Revista de trabajo y seguridad social*, 359, 163-204. Recuperado el 8 de junio de 2016 del sitio Web de la Universitat Jaume I: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/93650>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Collins, R. L., Taylor, S. E., y Skokan, L. A. (1990). ¿A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social cognition*, 8(3), 263-285.

- Compas, B., y Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 111-114.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C. Gutiérrez, C., y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Cooper, N., Estes, C. A., y Allen, L. (2004). Bouncing back. *Parks y Recreation*, 39(4), 28-35.
- Cordova. M., Cunningham, L., Carlson, C., y Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Coreil, J., Wilke, J., y Pintado, I. (2004). Cultural models of illness and recovery in breast cancer support groups. *Quality Health Research*, 14(7), 905-923.
- Costa, G., y Gil, F. L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología*, 5(1), 27-37.
- Costanzo, S.E., Lutgendorf, K.S., Rothrock, E.N., y Anderson, B. (2006). Coping and quality among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2), 132-42.
- Costanzo, E. S., Ryff, C. D., y Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156.

- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., y Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 429-438.
- Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard business review*, 80(5), 46-56.
- Coward, D. D. (2003) Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 291–302.
- Crespo, L., y Rivera, M. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... y Olivares, J. M. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20.
- Cruz, B., Austria-Corrales, F., Herrera-Kingelher, L., Vásquez-García, J., Vega, C. Z., y Salas-Hernández, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: Un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 69(3), 137-142.
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.
- Cyrulnik, B. (2004). La construcción de la resiliencia en el transcurso de las relaciones precoces. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, y M. Manciaux y otros. *El realismo de la esperanza* (pp.17-32). Barcelona: Gedisa S.A.
- Dahl, A.A. (2010) Link between personality and cancer. *Future Oncology* 6(5), 691-707.

- Daniel, E. (2015) Qué hacer del psicooncólogo. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 20-28). Barcelona: Elsevier Health sciences.
- Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K., y Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 479-495.
- De Genova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., y MacDermid, M. (1994). Ways of coping among HIV- infected individuals. *The Journal of Social Psychology, 134*(5), 655-663.
- De la Fuente, J.R., y Heinze, G. (2011). Ciclo Vital y Salud Mental. En J. R. De la Fuente y G. Heinze. (Eds.), *Salud Mental y Medicina Psicológica* (pp. 55-67). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- De la Paz, P., y Mercado, E. M. (2018). Elaboración y validación de una escala de resiliencia para el estudio de factores protectores resilientes en población ecuatoriana. *Prisma Social: Revista de Investigación Social, 20*, 254-272.
- De la Vega Marcos, R., Rodríguez, O. R., y Barquín, R. R. (2011). Hardiness in endurance races: a comparison between skyrunning and 10 kilometers. *Revista de Psicología del Deporte, 20*(2), 445-454.
- De Leeuw, J. R. J., De Graeff, A., Ros, W. J. G., Hordijk, G. J., Blijham, G. H., y Winnubst, J. A. M. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: a prospective study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 9*(1), 20-28.
- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L., y Claes, E. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: a theoretical perspective. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 9*(6), 528-526.

- Deimling, G. T., Wagner, L.J., Bowman, K.F., Sterns, S., Kercher, K., y Kahana, B. (2006). Coping among olderadult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2), 143-159.
- Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F., y Schaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(6), 479-494.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Madrid: Gedisa S.A.
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., y Bruera, E. (2011). Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 41(6), 986-994.
- Dematteis, M. B., Grill, S. S., y Posada, M. C. (2012). Sentido de coherencia y resiliencia: Características salugénicas de personalidad. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 8 de junio de 2016 en: <https://www.aacademica.org/000-072/963>
- Derks, W., Leeuw, J. R., Hordijk, G. J., y Winnubst, J. A. (2005). Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. *Clinical Otolaryngology*, 30(2), 186-192.
- Devine, E. C., y Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society*, 22(9), 1369-1382.

- Die Trill, M. (Comp.) (2003). *Psicooncología*. Madrid: ADES.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107.
- Docherty A. (2004). Experience, functions and benefits of a cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 55(1), 87–93.
- Drageset, S., y Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of advanced nursing*, 51(3), 217-226.
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M., English, D., ...Magder, L. (2016). Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children. *Academic Pediatrics*, 16(3),233–239.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., y Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Durá, E., e Ibáñez, E. (2000). Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 27-43.
- Durkin, J., y Joseph, S. (2009). Growth following adversity and its relation with subjective well-being and psychological well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 14(3), 228-234.
- Dyer, J. G., y McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276–282.
- Edward, K. L., Welch, A., y Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 587-595.

- Ehrensaft, E., y Tousignant, M. (2003). Ecología humana y social de la resiliencia. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.159-174). Barcelona: Gedisa S.A.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., Fabes, R., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S., ... Murphy, B. (2004). The Relations of Effortful Control and Impulsivity to Children's Resiliency and Adjustment. *Child Development*, 75(1), 25-46.
- Escarrà, Á., Font, J. Palanques, M., Sagnier, E., y Valls, M. (2004). Ambivalencia Duelo–Espiritualidad. Barcelona: Equipo de Investigación de la Fundació Vidal i Barraquer. Recuperado el 8 de junio de 2016 en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/aiempr283%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/aiempr283%20(4).pdf)
- Esparza, T., Martínez, T., Leibovich, N. Campos, R., y Lobo, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de càncer de mama. *Psicooncología*, 12(2-3), 303-314.
- Esplen, M. J., Toner, B., Hunter, J., Glendon, G., Liede, A., Narod, S., ... Barb, F. (2000). A supportive–expressive group intervention for women with a family history of breast cancer: results of a phase II study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(3), 243-252.
- Everall, R. D., Altrows, J., y Paulson, B. L. (2006). Study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counselling and Development*, 84(4), 461–470.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., y Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.

- Fava, G.A., y Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 184-197.
- Fawzy, F. J. (1999). Psychosocial Interventions for Patients with Cancer: What Works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Feifel, H., Strack, S., y Nagy, V. T. (1987). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic medicine*, 49(6), 616-625.
- Fergus, S., y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., y Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological medicine*, 33(1), 61-73.
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I., y Bermúdez, M. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
- Fernández, M.D., y Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 129-135.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez. (Eds.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Lansac, V., y Crespo L., M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40.

- Ferrei, R., Peña, A., Gómez, N., y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (24), 180-204.
- Ferrero, J. (1993). *Evaluación cognitiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama* (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España.
- Ferro, T., y Gil Moncayo, F. (2015) Modelo para la organización de la atención psicooncológica hospitalaria. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 361-365). Barcelona: Elsevier Health sciences.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 1(1), 5-7.
- Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: ¿Who rises above adversity? *American Journal of Occupational Therapy*, 45(6), 493-503.
- Fischer, D., y Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Memo - Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54.
- Folkman, S. (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science y Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, y Coping*, 21(1), 3-14.
- Folkman, S., y Greer, S. (2000). Promoting psychosocial well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*:

- Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(1), 11-19.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S., y. Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., y Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 the theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 35(2), 231-257.
- Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacias de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 423-446.
- Forés, A., y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma.
- Forján, R., y Morelato, G. (2018). Estudio comparativo de factores de resiliencia en docentes de contextos socialmente vulnerables. *Psicogente*, 21(40), 277-296.
- Forrest, G. C., Standish, E., y Baum, J. D. (1982). Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 285(6353), 1475-1479.
- Francisci, S., Capocaccia, R., Grande, E., Santaquilani, M., Simonetti, A., Allemani, C., ... Janssen-Heijnen, M. (2009). The cure of cancer: A European perspective. *European Journal of Cancer*, 6(45), 1067-1079.

- Frank, J.D. (1988). Aspectos psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del tratamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1): 45-54.
- Frankl, V. (1989). *Guía de la Logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2015). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Herder S.L.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology*, 2(3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2006). Unpacking positive emotions: Investigating the seeds of human flourishing. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 57-59.
- Frost, M. H., Suman, V. J., Rummans, T. A., Dose, A. M., Taylor, M., Novotny, P., ... Evans, R.E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(3), 221-231.
- Galán, S., y Sánchez, M. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*, 14(2), 279-285.
- Gall, T. L., y Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(6), 524-535.
- Galli, N., y Vealey, R. S. (2008). "Bouncing back" from adversity: Athletes' experiences of resilience. *The sport psychologist*, 22(3), 316-335.
- Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell, C. R., Mills, M., y Donnelly, M. (2012). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for

recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 11(11), 547-554.

Gangstad, B., Norman, P., y Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 69-75.

Gannagé, M. (2003) La resiliencia en el niño de la guerra. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 137-142). Barcelona: Gedisa S.A.

Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., y Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.

Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., y Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's healthrelated quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.

Garassini, M. E. (2008). Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 93-104.

García Romero, B. C. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil* (Tesis doctoral). Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

García Jacobo, J. (2013). *Efecto de un programa cognitivo-conductual en la resiliencia en niños con cáncer* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

García, A., y Lucio, M.A. (2016) Estilos de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta mexicana de oncología*, 15(1), 3-9.

- García E., Carvallo, M., y Bayés, R. (1996) *El counselling en VIH/SIDA. Guía de actuación para profesionales sanitarios*. Recuperado el 10 de junio de 2016 en: <https://www.scribd.com/document/376708835/Counsellin-vih-sida>
- García, F. E., y Rincón, P. P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: un modelo de intervención narrativo. *Terapia psicológica*, 29(2), 175-183.
- García del Castillo., J., García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., y Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*, 16(1), 59-68.
- García-Conde, A., Ibáñez, E., y Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista *Psycho-Oncology* el desarrollo de la investigación en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 92, 81-113.
- García-Maroto, S., López Delgado, M. L., y Latorre Postigo, J. M. (2015). Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y estrés*, 21(2), 115-125.
- García-Torres, F., y Alós, F.J. (2014) Anxiety in common situations of everyday life in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 23(8), 953-955.
- García-Vesga, M. C., y Domínguez de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- García-Viniegras, C. R. V., y González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80.

- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-116.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gianfrancesco, A. (2003). ¿Una literatura de resiliencia? Intento de definición. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 28-44). Barcelona: Gedisa S.A.
- Gibson, L.M., Thomas, S., Parker, V., Mayo, R., y Wetsel, M.A. (2014). Breast Cancer Fear in African American breast cancer survivors. *Cultural Diversity*, 21(4), 135-144.
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., y Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of clinical oncology*, 29(4), 413-419.
- Gil Moncayo, F. (Ed.). (2015). *Counselling y psicoterapia en cáncer*. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Gil Moncayo, F., Costa, G., Hilker, I., y Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and Health*, 28(5), 362-367.

- Gil Moncayo, F., Costa, G., y Pérez, F. J. (2010). Does chemotherapy reduce stress? *Palliative and supportive care*, 8(4), 455-460.
- Gil Moncayo, F., Costa, G., Pérez, F., Salamero, M., Sánchez, N., y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90-92.
- Gil Moncayo, F., y Novellas, A. (2004). Modelo de atención psico-social en oncología: standards. *Psicooncología*, 1(1), 179-184.
- Gil Llario, M.D., Molero, R., Ballester, R., y Sabater, P. (2012). Establecer vínculos afectivos para facilitar la resiliencia de los niños acogidos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 337-344.
- Gil Villa, F. (2012). *La cara social del cáncer*. Barcelona: Octaedro.
- Gilbert, E., Ussher, J.M., y Perz, J. (2011) Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42-57.
- Godoy-Izquierdo, D., y Godoy, J. F. (2002). La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13(2), 135-162.
- Gol A., y Cook S. (2004). Exploring the underlying dimensions of coping: A concept mapping approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 155-171.
- Gómez, E., y Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-132.
- González, R., González, P., y Feire, C. (2009). El afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud. Diferencias entre hombres y mujeres. *Aula Abierta*, 37(2), 3-10.

- González-Arratia, N. I., Nieto, D., y Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123.
- González-Arratia, N. I., Valdez Medina, J. L., Oudhof van Barneveld, H., y González Escobar, (2009) Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 247-253.
- Gotay, C. C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Social Science in Medicine*, 18(7), 605–613.
- Gotay, C. C., y Muraoka, M. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(9), 656–667.
- Grant, F., Guille, C., y Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *PLoS one*, 8(7), e67395.
- Grassi, L., y Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors: A six-year follow-up study. *Psychosomatics*, 37(6), 523–532.
- Grau, C. (2002). Impacto Psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 5(2), 67-87.
- Grau, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 195-212.
- Grau, C., y Espada, M.C. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9(1), 125-136.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W., y Haybittle, J. L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *The Lancet*, 335(8680), 49-50.
- Greer, S., Moorey, S., y Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer. The mental Adjustment to Cancer (MAC Scale vs. Clinical rating). *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.

- Grijalva, K. L. (2019). *Resiliencia en alumnos de 3er y 4to ciclo de la carrera de psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega* (Tesis de Licenciatura). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- Grinstead, O. A., y Straten, A. V. D. (2000). Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania: the Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS care*, 12(5), 625-642.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit, The International Resilience Project.*, Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda. Recuperado el 18 de junio de 2016 en: <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>
- Grotberg, E. (1997). *A charge against society: the child's right to protection, The international resilience project.* Paper presented at the Annual Convention of the International Council of Psychologists (55th, Graz, Austria, July 14-18, 1996). Recuperado el 18 de junio de 2016, en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED417861.pdf>
- Grotberg, E. H. (2001). Resilience programs for children in disaster. *Ambulatory Child Health*, 7(2), 75-83.
- Grotberg, E. (2006) (Comp.). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades.* Barcelona: Gedisa S.A.
- Grover, S., Hill-Kayser, C. E., Vachani, C., Hampshire, M. K., DiLullo, G. A., y Metz, J.M. (2012). Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. *Gynecologic oncology*, 124(3), 399-403.
- Gu, Q., y Day, C. (2007). Teachers' resilience: A necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teachers Education*, 23(8), 1302 - 1316.

- Güemes, I., y Ballesteros, J. (2006). La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria. *Norte de Salud Mental*, 6(25), 15-25.
- Gustafsson, M., Edvardsson, T., y Ahlström, G. (2006). The relationship between function, quality of life and coping in patients with low-grade gliomas. *Supportive Care in Cancer*, 14(12), 1205-1212.
- Gysels, M., Richardson, A., y Higginson, I. J. (2004). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer*, 12(10), 692-700.
- Haglund, M. E., Nestadt, P. S., Cooper, N. S., Southwick, S. M., y Charney, D. S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and psychopathology*, 19(3), 889-920.
- Hagoel, S., Dishon, R., Almog, Z., Silman, S., y Bisland-Beckett, G. R. (2000). Proband family uptake of familialgenetic counseling. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(6), 522-527.
- Halperin, E. C. (2004). Paleo-oncology: the role of ancient remains in the study of cancer. *Perspectives in biology and medicine*, 47(1), 1-14.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., y Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors—a systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181.
- Hassanein, K. A. A. M., Musgrove, B. T., y Bradbury, E. (2005). Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 33(6), 404-409.

- Heilemann, M. V., Lee, K., y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement, 11*(1), 61-72.
- Held, B. S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of clinical psychology, 58*(9), 965-991.
- Helgeson, V. S., Snyder, P., y Seltman, H. (2004). Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer Over 4 Years: Identifying Distinct Trajectories of Change. *Health Psychology, 23*(1), 3-15.
- Hernández, M., y Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud, 24*(1), 1-9.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología, 4*(1), 179-191.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, M. C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. A., y Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología, 9*(2-3), 299-316.
- Hernández, M., y Limonero, J. (2015). Cribado y evaluación psicológica. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 67-76). Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Hersch, J., Juraskova, I., Price, M., y Mullan, B. (2009). Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18*(8), 795-810.

- Hiew, C. C., Mori, T., Shimizu, M., y Tominaga, M. (2000). Measurement of resilience development: Preliminary results with a State-Trait resilience inventory. *Journal of Learning and Curriculum Development, 1*, 111-117.
- Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D., Wiggins, R. D., y Netuveli, G. (2009). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: ¿What is “right” about the way we age? *The gerontologist, 50*(1), 36-47.
- Hill, A., Brettell, A., Jenkins, P., y Hulme, C. (2008). Counselling in Primary Care: A Systematic Review of the Evidence. Leicestershire: BACP. Recuperado el 1 de agosto de 2016 en: <https://www.bacp.co.uk/media/1973/bacp-counselling-in-primary-care-systematic-review.pdf>
- Hobfoll, S. E., Schwarzer, R., y Chon, K. K. (1998). Disentangling the stress labyrinth: Interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress and Coping, 11*(3), 181-212.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., y Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social science y medicine, 60*(1), 1-12.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, G. E., Stenlake, A., Hobbs, K. M., ... Wain, G. (2007). Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic oncology, 104*(2), 381-389.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennen, P. L., y Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 658–666.

- Holland, J.C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-21.
- Holland, J., y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A., ...Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(1), 14-26.
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Honda, K., Goodwin, R. D., y Neugut, A. I. (2005). The associations between psychological distress and cancer prevention practices. *Cancer Detection and Prevention*, 29(1), 25-36.
- Hou, W. K., Law, C. C., y Fu, Y. T. (2010). Does change in positive affect mediate and/or moderate the. *Psychology And Health*, 25(4), 417-431.
- House, J.S., Landis, K.R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Hunter, A., y Chandler, G. (1999). Adolescent Resilience. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 243-247.
- IBM Corp. Released (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, New York: IBM Corp.
- Ibáñez, E. (2004). El papel del Psicólogo en los Planes Nacionales de Oncología. *Boletín de Psicología*, 82, 7-24.

- Ibáñez, E. (2007). Psico-oncología (1982-2007). *Psicooncología*, 4(2/3), 225-227.
- Isen, A. M. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 184-187.
- Jacelon, C. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*. 25(1), 123-129.
- Jansen, L. A., y Sulmasy, D. P. (2002). Proportionality, terminal suffering and the restorative goals of medicine. *Theoretical medicine and bioethics*, 23(4-5), 321-337.
- Kabat- Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and to face stress, pain and illness*. London: Piatkus.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kalawski, J. P., y Haz, A. M. (2003). Y... ¿dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 365-372.
- Kameny, R. R., y Bearison, D. J. (2002). Cancer narratives of adolescents and young adults: A quantitative and qualitative analysis. *Children's Health Care*, 31(2), 143-173.
- Kangas, M., Henry, J., y Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524.
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S. B., y Kantarcı, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.
- Kelley, T. M. (2005). Natural resilience and innate mental health. *The American Psychologist*, 60(3), 265.

- Kennedy, B. J., Tellegen, A., Kennedy, S., y Havernick, N. (1976). Psychological response of patients cured of advanced cancer. *Cancer*, 38(5), 2184-2191.
- Kern de Castro, G., y Moreno-Jiménez (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12(1), 81-86.
- Khechane, N., y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behaviour and Personality*, 32(8), 777-782.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T., Caspi, A., y Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socio-economic deprivation. *Child Development*, 75(3), 651-668.
- Kirkova, J., Walsh, D., Rybicki, L., Davis, M. P., Aktas, A., Jin, T., y Homsy, J. (2010). Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliative Medicine*, 24(3), 330-339.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., y Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome--a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, 17(1), 12-21.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Christie, G., Clifton, D., Gold, S., ... Smith, G.C. (2004). Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(11), 755-768.
- Kobasa, S. C. (1979a). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11.

- Kobasa, S. C. (1979b). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7(4), 413-423.
- 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.
- Kohn, P. M., Hay, B. D., y Legere, J. (1994). Hassles, coping styles and negative well-being. *Personality and Individual Differences*, 17(2), 169-179.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. Washington, D.C., Estados Unidos: Oficina Panamericana de la Salud. Recuperado el 9 de mayo de 2016 en: <https://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>
- Krikorian, A., y Limonero, J. T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *Journal of palliative care*, 28(1), 41-49.
- Krikorian, A., y Maté, J. (2015) Espiritualidad y Cáncer. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 217-224). Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Krikorian, A., Limonero, J., y Maté, J. (2015) Aproximación integral a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 103-111). Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kucukkaya, P. G. (2010). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 166-173.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience. The Resilience Framework. En M. D. Glantz y J. L. Johnson. (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp.179-224). New York: Kluwer Academic.

- Lave, J., y Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge university press.
- Lavoie, J., Pereira, L., y Talwar, V. (2016). Children's Physical Resilience Outcomes: Meta-Analysis of Vulnerability and Protective Factors. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 701–711.
- Lawford, J., y Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of Quality of Life and Resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209-216.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39(2), 124-129.
- Lazarus, R. S. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 66(2), 653-678.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of personality*, 74(1), 9-46.
- Lecomte, J (2003). El buen uso de la memoria y el olvido. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 202-213). Barcelona: Gedisa S.A.
- Lecomte, J., y Manciaux, M. (2003). Maltrato y resiliencia. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 113-120). Barcelona: Gedisa S.A.
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., y Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social science y medicine*, 62(12), 3133-3145.
- Leipold, B., y Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50.

- Liavaag, A. H., Dørum, A., Bjøro, T., Oksefjell, H., Fosså, S. D., Tropé, C., ... Dahl, A.A. (2008). A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecologic oncology*, 108(2), 348-354.
- Liavaag, A. H., Dørum, A., Fossa, S. D., Tropé, C., y Dahl, A. A. (2007). Controlled study of fatigue, quality of life, and somatic and mental morbidity in epithelial ovarian cancer survivors: ¿how lucky are the lucky ones? *Journal of Clinical Oncology*, 25(15), 2049-2056.
- Lieberman, M.A., y Goldstein, B.A. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2), 160-168.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J., y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 183-196.
- Lin, H. R., y Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 44(1), 69-80.
- Lindqvist, R., y Sjöden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 312-319.

- Little, M., Paul, K., Jordens, C., y Sayers, E. (2002). Survivorship and discourses of identity. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11, 170–178.
- Liu, J., Reed, M., y Girard, T. (2017). Advancing resilience: An integrative, multisystem model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111–118.
- Lizarraga, S., Ayarra, M., y Cabodevilla, I. (2006). La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Atención Primaria*, 38(2), 7-13.
- Ljungman, G., McGrath, P. J., Cooper, E., Widger, K., Ceccolini, J., Fernandez, C. V., ... Wilkins, K. (2003). Psychosocial needs of families with a child with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 25(3), 223–231.
- Llinares, L., Benedito, M. A., y Piqueras, A. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología y Sociedad*, 22(2), 318-327.
- Lloyd-Williams, M., y Friedman, T. (2001). Depression in palliative care patients a prospective study. *European Journal Cancer Care*, 10, 270-274.
- López, S., Pastor, M., y Neipp, M. D. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 31-48). Bilbao: Desclée de Brower.
- Luthar, S. S., y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

- Luthar, S. S., y Cushing, G. (1999). Neighborhood influences and child development: A prospective study of substance abusers' offspring. *Development and Psychopathology*, 11(4), 763-784.
- Macías, M. A., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Maddi, S. R., Brow, M., Khoshaba, D. M., y Vaitkus, M. (2006). Relationship of hardiness and religiousness to depression and anger. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 148-161.
- Malin, J. I., Schneider, E. C., Epstein, A. M., Adams, J., Emanuel, E. J., y Kahn, K. L. (2006). Results of the National Initiative for Cancer Care Quality: ¿How Can We Improve the Quality of Cancer Care in the United States? *Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 626-634.
- Manciaux, M. (2003) La resiliencia: ¿Mito o realidad? En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 13-14). Barcelona: Gedisa S.A.
- Manciaux, M. (2004). Conclusiones y perspectivas. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, M. Manciaux y otros. *El realismo de la esperanza, Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia* (pp. 225-233). Barcelona: Gedisa S.A.
- Manciaux, M., Lecomte, J., Vanistendael S., y Schweizer, D. (2003). Conclusiones y perspectivas. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 303-318). Barcelona: Gedisa S.A.

- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-27). Barcelona: Gedisa S.A.
- Mandleco, B., y Peery, C. (2000). An organizational framework for conceptualising resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), 99-111.
- Mansfield, C. F., Beltman, S., Price, A., y McConney, A. (2012). “Don’t sweat the small stuff:” Understanding teacher resilience at the chalkface. *Teaching and Teacher Education*, 28(3), 357-367.
- Martí-Gil, C., Barreda-Hernández, D., Marcos-Pérez, G., y Barreira-Hernández, D. (2013). Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 236-239.
- Martins da Silva, S. I., Moreira, H., y Canavarro, M. C. (2011). Growing After Breast Cancer: A Controlled Comparison Study With Healthy Women. *Journal of Loss and Trauma*, 16(4), 323-340.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. S., y Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205-220.

- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., y Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*, *11*(1), 143-169.
- Maté, J., Hollenstein, M., y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, *1*(2-3), 211-30.
- Maté, J., y Juan, E. (2008). ¿Qué dicen los expertos sobre las necesidades espirituales? Revisión bibliográfica. En E. Benito, J. Barbero, J. y A. Payás. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos una introducción y una propuesta*. Madrid: SECPAL-Aran. Recuperado el 10 de junio de 2016 del sitio web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CArchivo_9.pdf
- Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J. T., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., y Pascual, V. D. (2013). Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología*, *10*(2-3), 299-316.
- Mateu, R., García, M., Gil, J. M., y Caballer, A. (2010). ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. *Fòrum de Recerca*, *15*, 231-248.
- Matías, J., Manzano, J. M., Montejo, A. L., Llorca, G., y Carrasco, J. L. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría*, *23*(6), 305-309.
- Matos, D., y Mercerón, Y. (2017). Strengthening of the resilience capacity in relatives of children with cancer by means of a psychosocial intervention program. *MediSan*, *21*(03), 361-370.

- Matsushita, T., Matsushima, E., y Maruyama, M. (2004). Assessment of peri-operative quality of life in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. *Supportive care in cancer*, 12(5), 319-325.
- Matsushita, T., Matsushima, E., y Maruyama, M. (2005). Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27(2), 125– 132.
- Matsushita, T., Murata, H., Matsushima, E., Sakata, Y. U., Miyasaka, N., y Aso, T. (2007). Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(1), 84-93.
- Matthews, A., Baker, F., Hann, D. M., Denniston, M., y Smith, T. G. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(3), 199-221.
- Mattsson, E., Ringnér, A., Ljungman, G., y Von Essen, L. (2007). Positive and negative consequences with regard to cancer during adolescence. Experiences two years after diagnosis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(11), 1003-1009.
- Maurice-Stam, H., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N., y Last, B. F. (2007). Course of life of survivors of childhood cancer is related to quality of life in young adulthood. *Journal of psychosocial oncology*, 25(3), 43-58.
- Mayhew, K., y Mayhew, M. (2003). La resiliencia en Estados Unidos: desarrollos recientes y aplicaciones prácticas. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 265-282). Barcelona: Gedisa S.A

- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., y Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and social psychology bulletin*, 27(4), 474-485.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King B, O'Donnell, S., Branstetter, A., y Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8, 230-236.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., y Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E., y Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General hospital psychiatry*, 26(6), 484-486.
- McLaughlin, K. A., y Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current opinion in psychology*, 14, 29-34.
- Medina, X., y Alvarado, S. (2011). Psicooncología: una respuesta al malestar emocional del paciente oncológico. *Revista Médica HJCA*, 3(2), 190-196. Recuperado el 20 de mayo de 2016 en: <http://aliquam.com.ec/psicooncologia-una-respuesta-al-malestar-emocional-del-paciente-oncologico/>
- Mendanha, J., Mahfoud, M., y Giarnordoli, I. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21, 263-271.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. In *Oncology nursing fórum*, 33(1). Recuperado el 9 de junio de 2016 en:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/28254571/Effects_of_Spirituality_in_Breast_Cancer_Survivors.pdf

- Meseguer, C. (2003). El adulto con cáncer. En M. Die Trill. (Ed.), *Psico-Oncología* (pp. 103-114). Madrid: Ades Ediciones.
- Meyer, T. J., y Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology, 14*(2), 101-108.
- Miaja, M., y Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología, 10*(1), 109-130.
- Michaud, P. A. (1999). La résilience: un regard neuf sur les soins et la prévention. *Archives de pédiatrie, 8*(6), 827-831.
- Millon, T. (1999). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment, 72*, 437-456.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Informe de la Agencia de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias*. Recuperado el 1 de mayo de 2016 del sitio web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <https://www.boe.es/eli/es/o/2013/10/02/ssi1833>
- Mira, J. J. (2005). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Monografías Humanitas, 8*, 111-123.
- Mok, E., y Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing, 10*(4), 503-511.

- Molina, M. C., y Cabra, Q. (2005). Nuevos retos de la Educación para la Salud: las sociedades multiculturales y las nuevas prioridades. *Revista interuniversitaria*, 12-13, 71-85.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W. W., y Van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583-595.
- Mona, P. K., y Singh, A. (2012). Coping Strategies of Cancer Patients treated with Chemotherapy and those treated with Radiotherapy. *Journal of Psychosocial Research*, 7(1), 53-59.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862.
- Montiel, V. E., Álvarez, O. L., y Guerra, V. M. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Medicentro*, 20(2), 112-117.
- Morán, C., Landero, R., y González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2) 543-552.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 83-96.
- Morris, B. A., y Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 20(11), 1176-1183.
- Moscoso, M. (2010). Impacto del estrés crónico en la salud del individuo: avances en Psico-oncología. *Revista Peruana de Psicología*, 9, 87-99.

- Moscovici, S. (1979). La representación social: un concepto perdido. *El Psicoanálisis, su imagen y su público*, 2, 27-44.
- Moyer, A., y Levine, E. G. (1998). Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 149-160.
- Moyer, A., y Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(2), 110-125.
- Mulder, C., Vroome, E., Van Griensven, G., Antoni, M., y Sandford, T. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18(2), 107-113.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez-Ojeda, Suárez, E., e Infante, F. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Mundial de la Salud: Fundación Kellogg. Recuperado el 9 de mayo de 2016 en: <https://www.psyciencia.com/manual-resiliencia-ninos-adolescentes/>
- Muñoz-Silva, S. (2012). El estudio de la resiliencia desde la perspectiva evolutiva y su aportación a la comprensión del riesgo y la protección en la intervención social. *Portularia*, XII (1), 9-16.
- Murillo, M., y Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 35, 92S-111S.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Sakkas, P., Galanos, A., y Vlahos, L. (2006). Demographic and clinical predictors of preparatory grief in a sample of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(9), 828-833.

- Naumann, F., Munro, A., Martin, E., Magrani, P., Buchan, J., Smith, C., ... Philpott, M. (2012). An individual-based versus group-based exercise and counselling intervention for improving quality of life in breast cancer survivors. A feasibility and efficacy study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 21(10), 1136-1139.
- Nelson, C., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., y Roth, A.J. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(2), 105-114.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., y Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., y Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584.
- Newport D., y Nemeroff C. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3), 215-237.
- Nordin, K., y Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 79(3), 525-529.
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., y David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123-1130.
- Novoa, M. M., Vargas, R. M., Obispo, S. A., Pertuz, M., y Rivera, Y. K. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer

- de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 315-329.
- Núñez, M. (2012). Hablando desde la experiencia: Las mujeres cubanas de hoy y el cáncer de mama. *MEDICC Review*, 14(2),1-4.
- Nuévalos, C. (2011). La conducta antisocial desde una psicopedagogía positiva (una aproximación desde la logoterapia y la resiliencia). *Revista Fuentes*, 11, 161-174.
- Ochoa, C. (2015). Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 293-304). Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Ochoa, C., y Casellas-Grau, A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 1-11.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C., y Blanco, I. (2013). Crecimiento posttraumático en supervivientes de cancer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31(1), 81-92.
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en càncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de càncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Olsson, C. A., Bond, L., Bums, J. M., Vella-Brodrick, D. A., y Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11.
- Önder, N. (2012). *The mediating role of coping strategies in the basic personality traits-PTG and locus of control- PTG relationships in breast cancer patients* (Tesis de maestría). Middle East Technical University, Turquía.

- Organización Mundial de la Salud (Nota descriptiva 297, febrero de 2018). Suiza. Recuperado el 10 de mayo de 2018 del sitio web de la World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ortega, Z., y Mijares, B. (2018). Concepto de Resiliencia: Desde la diferenciación de otros constructos, escuelas y enfoques. *Orbis: revista de Ciencias Humanas*, 13(39), 30-43.
- Oscáriz, A.M. (1998). La logoterapia y la prevención de las drogodependencias. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. (2), 81-89.
- Oswiecki, D.M., y Compas, B.E. (1998). Psychological adjustment to cancer: Coping and control beliefs in adults in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 483-499.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., y Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35-40.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., y Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Páez, M., Luciano, C., y Gutierrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 49-70.
- Palacio, C., Krikorian, A., y Limonero, J. T. (2018). The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: resiliency and caregiver burden. *Palliative y supportive care*, 16(3), 269-277.

- Paris, L., y Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Parra, C. E., García, L. V., Enriquez, I., y Solier, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 40(1), 65-84.
- Passik, S. D., y Lowery, A. E. (2010). Recognition and screening of depression in people with cancer. En D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius. (Eds.), *Depression and Cancer* (pp. 81-100). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 30(3), 241-256.
- Pearlin, L., y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Pedrot, P. (2004). El reconocimiento social y jurídico de los traumas. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, M. Manciaux y otros. *El realismo de la esperanza, Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia* (pp. 237-240). Barcelona: Gedisa S.A.
- Penley, J. A., Tomaka, J., y Wiebe, J. S. (2002). The Association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- Peña, D., y Villegas, M. (2017). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con cáncer. Colombia. Recuperado el 10 de mayo de 2016 en:

<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/5264/1/DETERIORO%20COGNITIVO%20EN%20NI%C3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf>

- Pérez, M.L., Ponce, A., Hernández, J., y Márquez, A. (2010) Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*, 14, 31-37.
- Peterson, C., Park, N., y Seligman, M. E. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 17-26.
- Pettingale, K., Morris, T., Greer, S., y Haybittle, J. L. (1985). Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *The Lancet*, 325(8431), 750.
- Phipps, S., Steele, R. G., Hall, K., y Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20(6), 445-551.
- Pine, D. S., Cohen, P., Johnson, J. G., y Brook, J. S. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *Journal of affective disorders*, 68(1), 49-57.
- Pinquart, M., Fröhlich, C., y Silbereisen, R. K. (2007). Cancer Patients' Perceptions of Positive and Negative Illness-related Changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921.
- Pintado, S., y Cruz, M. F. (2017). Resilience Factors in Children and Adolescents with Cancer and the Relationship with Gender and Age. *CIENCIA Ergo-Sum*, 24(2), 137-144.
- Pintado, M. S. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama* (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España.
- Piña, J. A. (2009). Los pecados originales en la propuesta transaccional sobre estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 193-209.

- Place, M., Reynolds, J., Cousins, A., y O'Neill, S. (2002). Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and adolescent mental health*, 7(4), 162-167.
- Poilpot, M. (2004). La resiliencia: el realismo de la esperanza. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, M. Manciaux y otros. *El realismo de la esperanza, Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia* (pp.11-14). Barcelona: Gedisa S.A.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in nursing science*, 19(3), 1-13.
- Porche, K., Reymond, L. Callaghan, J. O., y Charles, M. (2014). Depression in palliative care patients: a survey of assessment and treatment practices of Australian and New Zealand palliative care specialists. *Australian Health Review*, 38, 44-50.
- Prado, R., y Del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (6), 179-196.
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., y Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 22(8), 1872-1879.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ... Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885-904.

- Pucheu, S., Consoli, S. M., D'Auzac, C., Français, P., y Issad, B. (2004). ¿Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of psychosomatic Research*, 56(3), 317-322.
- Quevedo, M. P., y Benavente, M. H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317-332.
- Quiceno, J.M., y Vinaccia, S. (2010) Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2012). Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 87-104.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., y Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide/Empowerment program of resilience for rheumatoid arthritis patients. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 27-47.
- Quintana, P., Montgomery, U., y Malaver, S. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista IIPSI*, 12(1), 153-171.
- Quintero, A. M. (2005). Resiliencia: Contexto no clínico para trabajo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 73-94.
- Rajandram, R., Jenewein, J., McGrath, C., y Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Support Care Cancer*, 19(5), 583–589.

- Rak, C. (2002). Heroes in the Nursery: Three case studies in resilience. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 247-260.
- Rebotier, J., López, P., y Pigeon, P. (2013). Las paradojas de la resiliencia: miradas cruzadas entre Colombia y Francia. *Territorios, 28*, 127-145. Recuperado el 17 de junio de 2016 en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/territorios/article/view/2555/2144>
- Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., y Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud, 28*(3), 117-121.
- Reich, M., Lesur, A., y Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment, 110*(1), 9-17.
- Reis, N., Beji, N. K., y Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(2), 137-146.
- Resnick, B. (2011). The relationship between resilience and motivation. En B. Resnick, L. Gwyther y K. Roberto. (Eds.), *Resilience in Aging, Concepts, Research, and Outcomes* (pp. 199-215). New York: Springer.
- Reuter, K., Classen, C.C., Roscoe, J.A., Morrow, G., Kirshner, J., Rosenbluth, R., ... Spiegel, D. (2006). Association of coping style, pain, age, and depression with fatigue in women with primary breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 15*(9), 772-779.
- Revenson, T. A., Wollman, C. A., y Felton, B. J. (1983). Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic medicine, 45*(4), 321-331.

- Reynolds, N., Mrug, S., y Guion, K. (2013). Spiritual coping and psychosocial adjustment of adolescents with chronic illness: The role of cognitive attributions, age, and disease group. *Journal of Adolescent Health, 52*(5), 559-565.
- Ribeiro, A. P., Teixeira, P., Ribeiro, E., Gonçalves, M. M., y Stiles, W. B. (2016). Building meaning bridges between innovative moments and assimilation models: The study of ambivalence using the Therapeutic Collaboration Coding System as an example of cross-fertilization. *Psychotherapy Research, 26*(6), 681-693.
- Richardson, C., y Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing, 34*(5), 659-667.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology, 58*(3), 307-321.
- Rimer, B., Keintz, M. K., y Glassman, B. (1985). Cancer patient education: reality and potential. *Preventive medicine, 14*(6), 801-818.
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García, L.J., Martínez, A.E., y Oblitas, L.A. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica, 15*(1), 171-198.
- Rodríguez, M. I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Rodríguez, J. (2017) *El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Rodríguez, M., Castro, M., y Merino, J. M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y enfermería, 11*(2), 47-55.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M., y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología, 11*(2), 24-49.

- Rodríguez, J., Zaccarelli, D., M., y Pérez, R. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Serie Manuales y Guías sobre Desastres N° 7. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 31 de julio de 2016 en: <http://helid.digicollection.org/pdf/s13489s/s13489s.pdf>
- Rodríguez-Fernández, E., Ramos, E., Ros, I., Fernández, A., y Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma psicológica*, 23(1), 60-69.
- Rogers, C. (1961) *On Becoming a Person: A therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Romero, R. (2011). *Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer*. (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España.
- Rowland, N., Bower, P., Mellor-Clark, J., Heywood, P., y Hardy, R. (2000). Counselling in primary care: A systematic review of the research evidence. *British Journal of Guidance y Counselling*, 28(2): 215–231.
- Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L., y Barreto, P. (2015). Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial intervention*, 24(2), 79-82.
- Ruini, C., y Vescovelli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 263-274.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*(8), 626-631.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy, 21*(2), 119-144.
- Rutter, M. (2005). Environmentally mediated risks for psychopathology: research strategies and findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44* (1), 3–18.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335-344.
- Saavedra, E., y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit, 14*(14), 32-40.
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30*(1), 137-141.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., y Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist, 55*(1), 110-121.
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18*(1), 30-41.
- Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Investigación y educación en enfermería, 27*(1), 86-95.

- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-167.
- Sandín, B., Rodero, B., Santed, M.A., y García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastornos de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 179-190.
- Sansoni, J., Vellone, E., y Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 93-100.
- Schag, C.A., Ganz, P. A., Wing, D. S., Sim, M.-S., y Lee, J. J. (1994). Quality of life in adult survivors of lung, colon, and prostate cancer. *Quality of Life Research*, 3(2), 127-141.
- Schnoll, R. A., Knowles, J. C., y Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37-60.
- Schonholtz, J. K. (2000). *Psychosocial adjustment to breast cancer: the role of marital support and approach coping*. Dissertation Abstracts International, Walden University, Miami.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., y Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(1), 46-53.
- Schroevers, M. J., Kraaij, V., y Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 20(2), 165-172.

- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M., y Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging, 11*(2), 304-309.
- Scrignaro, M., Barni, S., y Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 20*(8), 823-831.
- Sehlen, S., Song, R., Fahmüller, H., Herschbach, P., Lenk, M., Hollenhorst, H., ... Dühmke, E. (2003). Coping of Cancer Patients During and After Radiotherapy: a Follow-Up of 2 Years. *Oncology Research and treatment, 26*(6), 557-563.
- Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association journal, 115*(8), 718-718.
- Serrano, M. D., Abejar, M. G., Pacheco, B. N., Gutiérrez, R. B., Martínez, M. S., y Vizcaíno, V. M. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de ConnorDavidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of psychological research, 5*(2), 49-57.
- Shapiro, S.L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373-386.
- Sheppard, V. B., Llanos, A. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Tailor, T. A., y Adams-Campbell, L. L. (2013). Correlates of depressive symptomatology in African-American breast cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship, 7*, 292-299.
- Sherman, D. W. (1998). Reciprocal Suffering: The Need to Improve Family Caregivers' Quality of Life through Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine, 1*(4), 357-366.
- Silberfarb, P.M. (1982). Research in Adaptation to Illness and Psychosocial Intervention: An Overview. *Cancer, 50*(1), 1926-1927.

- Sinclair, V.G., y Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101.
- Sinclair, S., Bouchal, S. R., Chochinov, H., Hagen, N., y McClement, S. (2012). Spiritual care: how to do it. *BMJ supportive y palliative care*, 2(4), 319-327.
- Singer, J. E. (1984). Some issues in the study of coping. *Cancer*, 53, 2303-2313.
- Skinner, E.A. (1996) A Guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Sorza, D.P. (2010). *Diseño de intervención desde la afectividad humana*. (Tesis fin de máster). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C. S., Antoni, M. H., ... Ironson, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early stage patients. *Health Psychology*, 18(2), 159–168.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., ... Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(6), 482-493.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., y Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*:

- Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 93–102.
- Stark, D., Kiely, M., y Smith, A. (2002). anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Oncology Times*, 24(12), 88.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., y Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5(4), 541-566.
- Stefanek, M., McDonald, P. G., y Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(6), 450-463.
- Stein, H., Fonagy, P., Ferguson, K., y Wisman, M. (2000). Lives through time: an ideographic approach to the study of resilience. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 281-305.
- Steinhauser, K. E., Voils, C. I., Clipp, E. C., Bosworth, H. B., Christakis, N. A., y Tulsky, J.A. (2006). “Are you at peace?”: one item to probe spiritual concerns at the end of life. *Archives of internal medicine*, 166(1), 101-105.
- Stewart, J. L., Mishel, M. H., Lynn, M. R., y Terhorst, L. (2010). Test of a conceptual model of uncertainty in children and adolescents with cancer. *Research in nursing y health*, 33(3), 179-191.
- Stickley, T. (2011). From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse education in practice*, 11(6), 395-398.
- Stone, A., y Neale, J (1984). New Measure of Daily Coping: Development and Preliminary Results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 892-906.

- Stone, P.C., y Minton, O. (2008). Cancer-related fatigue. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1097– 1104.
- Suess, A., March, J. C., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Cabeza, E., y Pallicer, A. (2006). El proceso asistencial del cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología*, 29(9), 357-367.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(3), 24-33.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: ¿reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33.
- Sundberg, K. K., Lampic, C., Björk, O., Arvidson, J., y Wettergren, L. (2009). Positive and negative consequences of childhood cancer influencing the lives of young adults. *European journal of oncology nursing*, 13(3), 164-170.
- Suriá, R. (2017). Relación entre resiliencia y empoderamiento en adultos con movilidad reducida. *Quaderns de Psicologia*, 19(3), 253-264.
- Talarn, A., Sáinz, F., y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder.
- Tallman, B.A., Altmaier, E., y Garcia, C. (2007). Finding benefit from cancer. *Journal of Counseling Psychology*, 5(4), 481-487.
- Tarter, R., Vanyukov, M., Giancola, P., Dawes, M., Blackson, T., Mezzich, A., y Clark, D.B. (1999). Etiology of early age onset substance use disorder: a maturational perspective. *Development and Psychopathology*, 11(4), 657-683.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161-1173.

- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., y Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 46(3), 489-502.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Theis, A (2003). La resiliencia en la literatura científica. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 45-60). Barcelona: Gedisa S.A.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: ¿Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Tomich, P. L., y Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 154-169.
- Tomkiewicz, S. (2003). El buen uso de la resiliencia: cuando la resiliencia sustituye a la fatalidad. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 289-300). Barcelona: Gedisa S.A.
- Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, M. Manciaux y otros. *El realismo de la esperanza* (p.33-50). Barcelona: Gedisa S.A.

- Torrice, E., Santin, C., Andrés, M., Menéndez, S., y López, M. J., (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Trigo, M. E., y Martínez, R. J. (2016). Generalized ETA square for multiple comparisons on between-groups designs. *Psicothema*, 28, 340-345.
- Trivedi, R. B., Bosworth, H. B., y Jackson, G. L. (2011). Resilience in Chronic Illness. En B. Resnick, L. Gwyther y K. Roberto. (Eds.), *Resilience in Aging, Concepts, Research, and Outcomes* (pp. 181-198). New York: Springer.
- Tugade, M., y Fredrickson, B. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2): 320–333.
- Turner-Sack, A. M., Menna, R., y Setchell, S. R. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(2), 70-9.
- Tveit, R. J., Blaaka, G., Buestad, I., Tengesdal, E., Paulsen, A., y Vika, M. (2014). Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: ¿does it help? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 112-121.
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W. M., Armstrong, M., y Gilgun, J. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, 42(166), 287-311.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., y Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology y Health*, 20(2), 175-192.

- Uriarte, J. D. (2006). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-80.
- Urzúa, M.A., y Jarne, E.A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 151-160.
- Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P., y Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social science y medicine*, 62(10), 2565-2576.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., y Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 355-361.
- Vaillant, M. (2004). Reciclaje de la violencia y capacidad de resiliencia: la hipótesis transicional en la reparación. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, M. Manciaux y otros. *El realismo de la esperanza, Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia* (pp. 185-196). Barcelona: Gedisa S.A.
- Van de Geer, J., y Leget, C. (2012). How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme. *Progress in palliative Care*, 20(2), 98-105.
- Van der Zaag-Loonen, H. J., Grootenhuis, M. A., Last, B. F., y Derkx, H. H. F. (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of life Research*, 13(5), 1011-1019.
- Vanistendael, S. (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 227-238). Barcelona: Gedisa S.A.

- Vanistendael, S., y Lecomte, J. (2006). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122-127.
- Vargas, Á. M. (2016). *Perfil psicológico y estrategias de afrontamiento ante la enfermedad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En V. Bulvena, G. Berrios y P. Fernández. *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-435). Barcelona: Editorial 2000.
- Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Veit, M. T., y Carvalho, V. A. D. (2010). Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. *O mundo da saúde*, 34(4), 526-530.
- Velázquez, A.G., García, M.A., Alvarado, S., y Ángeles, J.A. (2007). Cáncer y psicología. *Sociedad Mexicana de Oncología*, 6(3), 71-83.
- Velázquez, N., Vázquez, L. G., y Alvarado, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29.
- Vera, B. (2004). Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Revista de Psicología Positiva*, 1, 1-42.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.

- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Vera, J.C. (2015). Programa de educación para la salud en pacientes con cáncer. En F. Gil Moncayo. (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 99-102). Barcelona: Elsevier Health Services.
- Verdesoto, J. D. R., Duenas, E. H., Aguirre, M. Y., Piza, N. D., y Vaca, V.N. (2018). Resiliencia; una estrategia de afrontamiento en pacientes con enfermedades catastróficas. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, año VI, Edición especial, Artículo 54.
- Villalba, C. V. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 283-299.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fonseca, P., Fernández, H., y Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 47-56.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 16, 139-146.
- Vistad, I., Fosså, S. D., Kristensen, G. B., y Dahl, A. A. (2007). Chronic fatigue and its correlates in long-term survivors of cervical cancer treated with radiotherapy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 114(9), 1150-1158.
- Voogt, E., Van Der Heide, A., Van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., Cleiren, M., Passchier, J., y Van Der Maas, A.P. (2005). Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(4), 262-273.

- Wagnild, G. M., y Young, H. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement, 1*(2), 165-178.
- Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I., y Poum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of life Research, 8*(5) 427-433.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*(3), 290-297.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process, 42*(1), 1-18.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S., y Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer, 53*(9), 2008-2012.
- Welch, J. L., y Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing, 33*(2), 200-207.
- Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American journal of Orthopsychiatry, 59*(1), 72-81.
- Werner, E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health, 13*(4), 262-268.
- Werner, E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics, 114*(2), 492.

- Werner, E., Bierman, J., French, F., Simonian, K., Connor, A., Smith, R., y Campbell, M. (1968). Reproductive and environmental casualties: a report on the 10-year follow-up of the children of the Kauai Pregnancy Study. *Pediatrics*, 42(1), 112-127.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. London: Norton.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., LeMay, K., Allard, P., Chary, S., ... Fainsinger, R.L. (2007). Suffering with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1691-1697.
- Wilson, K. G., Curran, D., y McPherson, C. J. (2005). A burden to others: a common source of distress for the terminally ill. *Cognitive behaviour therapy*, 34(2), 115-123.
- Windle, G., Bennett, K. M., y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(8), 2-18.
- Wong, P. K., Fong, K. W., y Lam, T. L. (2015). Enhancing the resilience of parents of adults with intellectual disabilities through volunteering: An exploratory study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12(1), 20-26.
- Woodgate, R. L. (2006). The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(3), 122-134.
- Worden, J. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Wortman, C. B., y Cohen, R. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H., y Lechner, S. (2011). Understanding perceptions of benefit following adversity: ¿How do distinct assessments of growth

relate to coping and adjustment to stressful events? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(7), 699-721.

Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British journal of health psychology*, 13(2), 311-325.

Zabalegui, A., Sánchez, S., Sánchez, P. D., y Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 19-28.

Zahradnik, M., Stewart S.H., O'Connor, R.M, Stevens, D., Ungar, M., y Wekerle, C. (2010). Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Mental Health Addiction*, 8(29), 408-420.

Zautra, A. J. (2008). Strengthening resilience capacity might light the way to a brighter future for patients with fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 4(10), 512-513.

Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

12. Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, mayor de edad y con DNI nº _____ autorizo a _____, psicóloga Adalgiza Andrade Agudelo colegiada nº AN-05568 a archivar mi historia clínica y compartirla con los profesores de la Universidad de Sevilla, únicamente con propósitos académicos y sin dar en ningún caso a conocer mi nombre y apellidos.

En Sevilla, a _____ de _____ de 2016.

Anexo 2

PROGRAMA RED, Resiliencia En Desarrollo ENTREVISTA INICIAL			
Localidad		Profesional responsable	
Datos sociodemográficos			
Nombre completo		Edad	Estado civil
Raza	Formación		Lengua
Género	Hijos	Profesión/ Ocupación	
Patología actual			
Tipo de Ca		Tratamiento actual	
Órganos afectados			
Estado actual de la enfermedad (grado, recidiva, metástasis)			
Sucesos vitales/fecha			
divorcio		Nido vacío	
Patologías previas físicas y psicológicas previas al Ca			
Psicofármacos		Muertes en allegados	
Perdida laboral	jubilación	viudez	Abortos
Problemas interpersonales		Otros	
Redes			
Convive con			
Recibe apoyo familiar de			
Tiene relaciones de calidad con		Círculo más íntimo conformado por	
Actividades de ocio		Grupos de pertenencia	
Rutinas de disfrute		Conflictos familiares	
Perdidas rutina después del Ca		Rutinas después del Ca	
Necesidades del paciente y familia			
Síntomas incapacitantes			
Banderas rojas			
Síntomas manifiestos/prioridades del paciente			
Áreas fundamentales/anotaciones terapeuta			