



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: El impacto de la resiliencia en pacientes con cáncer

Autor: Claudia Ferrándiz Sansano

Tutor: Carlos Javier Van-Der Hofstadt Roman

Elche a 13 de Junio de 2016

INDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1 Antecedentes del concepto de resiliencia.....	4
2.2 Antecedentes estudios recientes.....	5
2.3 Justificación.....	6
2.4 Objetivos.....	7
3. MÉTODO	7
4. RESULTADOS	9
4.1 Resiliencia: Delimitación del concepto.....	9
4.2 Resiliencia: Variable objeto de estudio.....	13
5. CONCLUSIONES	22
6. REFERENCIAS	24
	
TABLA 1.....	8
TABLA 2.....	11
TABLA 3.....	16
FIGURA 1.....	9

1. RESUMEN

El cáncer puede llegar a convertirse en una experiencia traumática. Por esta razón, el ser humano debe desarrollar su capacidad resiliente para, no sólo afrontar dicha experiencia, sino que también resistir y rehacerse ante la enfermedad. En el presente trabajo se analiza la importancia que tienen estas conductas en el cáncer, mediante un análisis del concepto de resiliencia y un estudio de las diversas investigaciones que demuestran los beneficios que tiene para el afrontamiento, adaptación y superación de una enfermedad tan común como es el cáncer.

Palabras clave: Resiliencia, Conductas Resilientes, Cáncer

ABSTRACT

“The impact of resilience in cancer patients”

Cancer can become a traumatic experience. For this reason, the human being must develop its capacity resilient not only to deal with that experience, but also to resist and rebuild from the disease. In this paper, the importance of these behaviors in cancer is studied by analyzing the concept of resilience and a study of several researches which show the benefits it has for confrontation, adaptation and overcoming such a common disease as cancer is.

Keywords: Resilience, Resilient Conducts, Cancer

2. INTRODUCCIÓN

Tener cáncer es una experiencia vital estresante, traumática y difícil que va a tener importantes repercusiones psicológicas que afectarán a diferentes áreas de la vida del paciente (González, 2006; Kazak, 2005). Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. En 2012 unas 14 millones de personas se vieron afectadas por esta enfermedad y 8,2 millones murieron por dicha causa (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2015]). Se prevé un aumento del 70% en los próximos 20 años (OMS, 2015).

Naturalmente, el diagnóstico de cáncer supone algún tipo de malestar emocional, considerándose normal, en la persona que lo recibe (Massie y Popkin, 1998). Éste generalmente padece de un estado de crisis que se manifiesta en un desequilibrio social, físico y psicológico (Moos y Tsu, 1977). En 2012, los cánceres diagnosticados con mayor frecuencia fueron, en el hombre el cáncer de pulmón y en la mujer el cáncer de mama (OMS, 2015). Pese a los avances habidos en el tratamiento de estos dos tipos de cáncer, que son los más frecuentes en el mundo, la mayoría de pacientes experimentan un malestar emocional y/o dificultades en sus actividades cotidianas. Viven este suceso traumático con temor, tristeza, aislamiento o preocupación. Lo consideran como sinónimo de dolor y/o muerte próxima.

La comunicación del diagnóstico, las variables de la enfermedad y tratar de asimilar los cambios que ocurren son factores de riesgo que se pueden convertir en un peligro potencial para las personas o en una oportunidad para la propia recuperación y adaptación.

Convertir el diagnóstico del cáncer en un suceso traumático o en una oportunidad para el fortalecimiento depende únicamente del paciente y de la capacidad resiliente que desarrolle en su proceso de curación. Cuando hablamos de resiliencia nos referimos a la capacidad universal que permite, a las personas, impedir, minimizar o superar los efectos dañinos de la adversidad. Puede transformar o hacer más fuertes las vidas de los resilientes. No solamente posibilita un desarrollo normal dentro de las condiciones de adversidad, sino que también puede promover un crecimiento más allá del nivel actual de funcionamiento (Grotberg, 1997).

La resiliencia está asociado a una serie de factores protectores que la promueven (Bonano, 2004). Algunas características de la personalidad y del entorno propuestas son: la capacidad de afrontamiento y de resolución de problemas, la seguridad en uno mismo, sentimiento de autosuficiencia, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor, etc. Amortiguan el impacto de los estresores, alterando o revirtiendo la predicción de resultados negativos (Garmezy, 1991; Garmezy y Masten, 1994; Lazarous y Folkman, 1986).

Este concepto incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al., 2002; Bonnano y Kaltamn, 2001). No basta con una simple

recuperación de la situación ya que esta implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, a diferencia de la resiliencia que refleja la habilidad de mantener el equilibrio estable durante todo el proceso (Bonnano, 2004).

Normalmente, los estudios sobre el cáncer se centran en investigar las reacciones emocionales negativas, que se consideran normales, como la depresión, ansiedad, irritabilidad (Massie y Popkin, 1998). Dicho malestar emocional puede llegar a afectar al sistema inmunológico y, en consecuencia, al proceso del cáncer o a la aceleración del desarrollo del mismo (Arbizu, 2000).

No obstante, algunos estudios han encontrado que existen pacientes que no presentan este malestar emocional sino que, al contrario, presenta diversas reacciones emocionales adaptativas, rompiendo así con las expectativas de fracaso que se les otorgaba (Allen, Newman y Souhami, 1997; Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos y Urbano, 2008; Osborne, Elsworth, Sprangers, Oorts y Hopper, 2004). A partir de dichas investigaciones podremos encontrar las diferencias existentes entre estos dos tipos de pacientes y así poder responder a las preguntas que se nos plantean, tales como:

¿Qué diferencia hay en la evolución de dos pacientes con igual diagnóstico de cáncer? ¿Por qué algunos pacientes evolucionan tan desfavorablemente y otros mejoran?

2.1 Antecedentes del concepto de resiliencia

El concepto de resiliencia se introduce en la psicología en la década de los ochenta a partir de un estudio realizado por Werner y Smith (1982). En este estudio, los autores, evaluaron a 698 niños recién nacidos en la isla Kauai en el archipiélago de Hawai, posteriormente se siguió el desarrollo de 201 niños que procedían de ambientes sociofamiliares desfavorables y para los cuales se estimaba un futuro desarrollo psicosocial negativo. Treinta años después, descubrió que 72 niños llevaban una vida adaptada y normal, a pesar de no haber contado con ningún tipo de atención especial.

El psiquiatra francés Boris Cyrulnick (2001), es uno de los autores más conocidos en el movimiento teórico de la resiliencia por su proceso personal de resiliencia. Se escapó de los campos de exterminio alemán mientras que su familia murió en la cámara de gas. Supo refugiarse en la imaginación y transformar su rabia en ayuda a los demás. Una historia parecida es la de Víctor Frankl (1998), creador de la logoterapia, que fue deportado al campo de concentración, junto con su esposa y sus padres, y vivieron en condiciones extremas de sufrimiento y deshumanización. Posteriormente fue liberado pero tanto su esposa como sus padres fallecieron en los campos de concentración.

2.2 Antecedentes estudios recientes

En España, Rodríguez (2006) investiga en pacientes de sexo masculino, con cáncer de pulmón, el afrontamiento del cáncer y sentido de vida, mediante el Test de COPE y el Inventario PIL, hallando que el 64% de la población utiliza estilos de afrontamiento centrados en el problema, el 23% centrados en la emoción y el 13% centrados en otros estilos.

Rodríguez (2007), en un estudio de caso control, comparó a pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer de mama, pulmón o colon y con un trastorno depresivo, con otro grupo de pacientes con el mismo diagnóstico pero sin ningún episodio depresivo, la relación entre dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento, a través del MAC (Mental Adjustment Cancer Questionnaire) y el TCI-R (Inventario de Temperamento y Carácter revisado de Clonninger). Hallando así diferencias significativas entre los grupos, obteniendo una menor puntuación el grupo de pacientes deprimidos en el espíritu de lucha y una mayor puntuación en desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo respecto al grupo control. En cuanto a las dimensiones de personalidad, el grupo de pacientes deprimidos obtuvo una puntuación inferior en la dimensión de dependencia de la recompensa y superior en la evitación de riesgo respecto al grupo control.

Cardoso y Font (2009) analizan en pacientes con cáncer de mama los diferentes estilos de afrontamiento, mediante un cuestionario específico de pensamientos, conductas, emociones (PCE), hallando que las pacientes utilizan varias estrategias de afrontamiento simultáneamente y no son excluyentes. De los datos obtenidos se puede destacar que el 79% cumple exactamente las prescripciones médicas, el 50% tienen pensamientos de superación y el 52,4% presenta reacciones emocionales de resignación.

Bellver y colaboradores (2009), investigaron en una muestra de 199 pacientes con cáncer de mama, el efecto intra-sujetos de la intervención psicológica sobre el afecto positivo y negativo. Además del efecto de la interacción entre la psicoterapia y la resistencia/vulnerabilidad psicológica de éstas. Encontraron que las mujeres más vulnerables presentan niveles más bajos de afecto positivo y más altos de afecto negativo. Así como que la intervención psicológica logra cambiar estas puntuaciones incrementando la resistencia de las mujeres vulnerables.

Quiceno y Vinaccia (2011) evaluaron las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer pulmonar obstructiva crónica, a través de la escala de la resiliencia (RS), escala de resiliencia breve CD-RISC2, cuestionario breve de percepción de

enfermedad IPQ-B, inventario de sistema de creencias SBI-15R, escala estrategias de afrontamiento espirituales SCS y cuestionario de salud MOS SF-36. Hallando así correlaciones positivas entre resiliencia y salud mental. Además, el control personal y la percepción de enfermedad inciden drásticamente sobre la calidad de vida.

Monteagudo, Peralta y Vicente (2016) realiza un estudio en pacientes de ambos sexos, con cáncer de laringe y de mama, en la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) con el objetivo de verificar si existen diferencias entre hombres y mujeres en resiliencia y variables relacionadas con el estrés. Se emplearon los siguientes instrumentos: la escala de estrés percibido (PSS); la escala de autoeficacia general (AE-G); la escala de Connor-Davidson Resilience (CD-RISC); el inventario de vulnerabilidad al estrés en versión española y el cuestionario de personalidad resistente (CPR). Los resultados muestran diferencias entre los dos sexos siendo la resiliencia mayor en hombres que en mujeres y la percepción de estrés menor en hombres que en mujeres.

2.3 Justificación

Con el presente trabajo, realizado mediante una revisión bibliográfica sobre la resiliencia, se pretende obtener mayor conocimiento de cómo enfrentarnos a una situación difícil como es el cáncer. Entendiendo la resiliencia como, una variable psicológica que potencia un afrontamiento positivo, para una adecuada recuperación tanto física como psicológica. Así, con la investigación de varios estudios sobre las conductas de los pacientes con cáncer, se podrá observar las diferencias y beneficios que, las personas que desarrollan dichas conductas resilientes, pueden llegar a tener a diferencia de aquellas que no lo hacen.

Por consiguiente, es de especial importancia indagar sobre las investigaciones existentes de la resiliencia, con el objetivo de conseguir un mayor conocimiento sobre las variables a objeto de estudio y lograr así el propósito de esta revisión. Por lo que cabría preguntarse si el desarrollo de conductas resilientes en personas con cáncer ayuda a una mejor y más rápida recuperación.

Para conseguir una revisión más específica y focalizada se ha elegido los cánceres con mayor impacto psicológico y frecuentes en todo el mundo, estos son: cáncer de mama y cáncer de pulmón. Asimismo, se ha elegido la población adulta ya que estas enfermedades oncológicas afectan a hombres y mujeres a partir de los 40 años de edad.

2.4 Objetivos de la investigación

Objetivo General

-Analizar el impacto de la resiliencia en pacientes con cáncer.

Objetivo Específicos

-Revisar la información existente de la resiliencia.

-Revisar las investigaciones de la resiliencia en enfermos oncológicos.

-Determinar las conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer.

-Evaluar los beneficios que conlleva desarrollar conductas resilientes en pacientes con cáncer.

3. MÉTODO

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Dialnet, Medline, Pubmed, American Psychological Association (PsycArticles; PsycINFO), biblioteca virtual en salud y biblioteca electrónica UMH. Los descriptores utilizados para este fin fueron: “resiliencia”, “conductas resilientes”, “cáncer” “resiliencia en cáncer”, “intervención psicológica en cáncer” “resilience and cancer”.

La revisión bibliográfica se centró en el análisis detallado de los estudios realizados sobre la resiliencia en pacientes con cáncer. Siguiendo las tres fases sistemáticas propuestas por el artículo “Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health (2013)” se llevó a cabo el proceso de preselección y selección de los estudios incluidos.

En la primera fase se seleccionaron las referencias por los títulos y resúmenes para preseleccionar, posteriormente, los artículos más relevantes para el trabajo.

En la segunda fase se realizó una puesta en común con el tutor, donde se decidió qué artículos presentan mayor relevancia para el trabajo.

La tercera y última fase, se realizó una revisión completa evaluando si cumplen los criterios de inclusión los artículos seleccionados, para su posterior síntesis en el trabajo.

La revisión se realizó partiendo de los artículos originales, escritos en inglés y español y de los resúmenes ofrecidos en las bases de datos, en los que especificase el procedimiento y la muestra de estudio.

De los estudios revisados sobre la resiliencia (N=30) se seleccionaron 10 trabajos.

Los criterios de inclusión fueron aquellos estudios que describieran la resiliencia y sus aspectos centrales como su definición, características, estudios de forma clara. Así como que, estuviera especificada la fuente de dichos artículos.

Mientras que, los criterios de exclusión fueron aquellos trabajos en los que no se especificaba la fuente.

De los estudios sobre cáncer (N=20) se seleccionaron 9 trabajos. Se incluyeron aquellos que relacionaban el cáncer con la resiliencia y el modo de afrontamiento de los pacientes. Se excluyeron aquellos trabajos en los que no se especificaba las variables psicológicas implicadas en el cáncer.

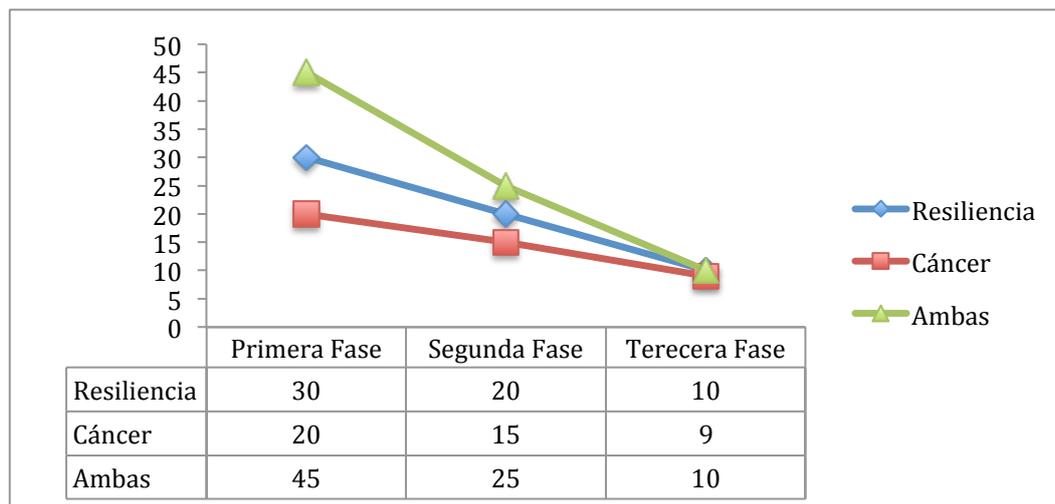
Además, se tuvieron en cuenta 15 revisiones que relacionaban el cáncer con otras variables psicológicas, propias de la psicología positiva, así como, las variables psicológicas negativas, en especial la depresión. Con el fin de observar el papel de las variables psicológicas tanto positivas como negativas en las diferentes conductas de los pacientes con cáncer.

Por último, de los estudios sobre la resiliencia y adultos con cáncer de mama y pulmonar (N= 45) se seleccionaron 10 trabajos. Se incluyeron aquellos estudios que medían la resiliencia y las conductas resilientes de los pacientes para valorar su influencia en las variables psicológicas y físicas así como la calidad de vida. Se excluyeron aquellos trabajos en los que no se especificaba la muestra, los objetivos, el procedimiento ni los resultados. Todos estos trabajos son posteriores al año 2000, excepto uno que corresponde al año 1991.

Tabla 1. Procedimiento Fases Preselección y Selección referencias

Primera Fase	-Búsqueda de referencias y base de datos -Lectura detallada de las referencias -Preselección de las referencias
Segunda Fase	-Puesta en común -Selección referencias relevantes
Tercera Fase	-Lectura completa y detallada de las referencias -Evaluación criterios de inclusión y exclusión

Figura 1. Número de artículos en cada fase de la revisión



4. RESULTADOS

4.1 Resiliencia: Delimitación del concepto

El interés por la resiliencia en el campo de la psicología es antiguo, no obstante, en las últimas décadas ha cobrado especial relevancia (Becoña, 2006). Esto se debe a los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de la psicopatología ya que, varios estudios indican que niños después de pasar por situaciones adversas y difíciles, no desarrollan ningún tipo de problema de salud mental (Masten, 1999; Rutter, 1985, 1987).

El término resiliencia proviene del latín (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997), de la palabra “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, rebotar (Becoña, 2006). Este concepto nace de la Física y alude a la capacidad de los cuerpos de resistir los impactos y volver a su forma original. Posteriormente, fue adoptado por las Ciencias Sociales (Rutter, 1972) para describir la capacidad de una persona para sobreponerse a situaciones adversas y adaptarse positivamente (Valdés, 2004). Bowly, citado por Kotliarenco y colaboradores (2004) se encargó de trasladar este concepto al campo de la psicología, definiéndolo como “la cualidad de una persona que no se desanima y no se deja abatir”. No obstante, cobra especial importancia en este campo, a través de los trabajos realizados por el psiquiatra Michael Rutter, quien considera que no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias vitales, dolores y cicatrices; más bien, debe ser entendida como la habilidad para continuar adelante a pesar de ello (Rutter, 1986, 1993, 2006).

Se puede diferenciar diversas etapas de las investigaciones sobre los intentos de delimitar el concepto y estudio de la resiliencia en el ámbito de la psicología. Autores como Greene y Conrad (2002) diferencian al menos dos generaciones de estudios, mientras que otros investigadores como Suárez- Ojeda y Melillo (2001) y Richardson (2002) identifican tres etapas diferentes. En este trabajo se explicará las dos etapas de Greene y Conrad (2002).

En la primera etapa se produjo un cambio de paradigma, los estudios empezaron a centrarse más en las cualidades y valores que poseen las personas y les ayudan a sobrevivir ante cualquier adversidad, en lugar de centrarse en los factores de riesgo que implican problemas psicosociales. El énfasis era la capacidad humana, es decir, se “es” resiliente. Así, las investigaciones orientaron su trabajo a la identificación de capacidades y fortalezas de los individuos (Benson, 1997).

Los primeros estudios centraron su interés en descubrir los factores protectores que facilitaban la adaptación positiva en niños y niñas que viven en condiciones desfavorables (Kaplan, 1999). Estas investigaciones se llevaron a cabo en población infantil que vivía situaciones de alto riesgo, derivados de la pobreza y enfermedad mental de los padres.

Así pues, los estudios que se pueden destacar en esta época son, en primer lugar los estudios de Werner y Smith (1992) que, estudiando la influencia de los factores de riesgo en 698 niños nacidos en situaciones desfavorables como la pobreza o la sobrecarga física, entre otros estresores, observaron que el 30 % de estos niños había conseguido desarrollar una vida sana y plena. Posteriormente, los estudios de Rutter (1979; 1985), así como los estudios de Garmezy (1991) que inició una investigación para descubrir las razones por las que nacían mentalmente sanos los hijos de padres esquizofrénicos.

En un primer momento, se pensó que estos niños eran “invulnerables” (Koupernik, en Rutter, 1991), es decir, se pensaba que eran inmunes al estrés como consecuencia de su fortaleza interior o su carácter (Anthony, 1974; Pines, 1975 en Masten, 2001). No obstante, Rutter (1991) sustituyó el concepto de “invulnerabilidad” por “resiliencia” ya que ésta puede ser promovida, mientras que la primera es considerada un rasgo intrínseco del individuo.

En la segunda etapa, las investigaciones en resiliencia se centraron en el proceso que las personas llevan a cabo para adquirir las cualidades resilientes. Es un intento de responder a la pregunta de cómo se adquieren estas cualidades y cuáles son los procesos implicados en la adaptación positiva en condiciones desfavorables (Villalba, 2003). Se reconoce el papel del ambiente donde las personas se desenvuelven, como factores de protección que al interactuar con los individuos modulan los efectos de un trauma.

En esta etapa surgen autores como Richardson (1990), que aporta el modelo de desafío donde habla del aprendizaje positivo, resultante de una experiencia de adversidad (reintegración resiliente). Es decir, la persona resiliente experimenta crecimiento como

resultado de la identificación o fortalecimiento de las cualidades resilientes. Grotberg (1995), aporta el concepto de “fuentes interactivas de resiliencia”. Esta autora defiende que, para ser resiliente, además de superar la adversidad, la persona toma una serie de factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de las personas con características resilientes. Estas fuentes son: “Yo tengo” en mi entorno social, “Yo soy” y “Yo estoy” se refieren a las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales, y “Yo puedo” que se refiere a las habilidades en las relaciones con los otros.

En la misma línea, Cyrulnik (2001) sugiere que la resiliencia es producto de la interacción con figuras significativas y se construye en la trayectoria de la historia de las personas. Estas figuras reciben el nombre de “tutores de resiliencia” y, se refiere a aquellas personas, grupos, lugares y acontecimientos que provocan un renacer del desarrollo psicológico tras la adversidad.

Otros autores característicos de esta etapa son Bernard (1999), Kaplan (1999), Luthar y Cushing (1999), Masten (1999) y Rutter (1999). Estos autores entienden la resiliencia como un proceso dinámico, resultado de una interacción recíproca entre persona y ambiente que permite a la persona adaptarse, a pesar de la adversidad.

Como se puede observar, el concepto de resiliencia ha pasado de ser una característica individual a un proceso dinámico de aprendizaje e interacción de la persona con su entorno.

A pesar de ser un término muy estudiado y novedoso, hoy en día, existen grandes controversias sobre su definición. No obstante, existe consenso cuando asumimos que implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o adversidad (Luthar y Cushing, 1999).

A continuación, se exponen algunas definiciones que han desarrollado autores sobre este concepto:

Tabla 2. Definiciones Resiliencia

-
- La capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante (Garmezy, 1991).
 - La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida *sana*, viviendo en un medio *insano*. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio (Rutter, 1992).
-

-Es la aptitud para resistir a la destrucción, es decir, preservar la integridad en circunstancias difíciles; la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades (Vaniestendael, 1994).

-La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida (Suárez, 1995).

-Proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que le permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad (Luthar y Cushing, 1999; Masten, 2001; Kaplan, 1999; Bernard, 1998).

-Proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

-Un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo (Masten, 2001).

-Patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas (Masten y Powel, 2003).

Estos desacuerdos en las definiciones de la resiliencia conllevan a asumir que es un concepto complejo y no tiene una sola explicación causal, por lo que tiene que ser concebido como un proceso multifactorial donde interactúan los distintos factores implicados en el ser humano.

En la definición de resiliencia se incluyen cualidades como la inteligencia, la salud, el temperamento, darle sentido a las experiencias, tener habilidades para identificar y relacionarse con modelos positivos, tener buena voluntad y confianza en las relaciones, tener habilidades de solución de problemas, flexibilidad o perseverancia (Becoña, 2006; Carver, 1998).

La resiliencia fomenta la salud mental y parece una realidad que se puede corroborar por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido adaptarse, enfrentarse y superarla, incluso ser transformados por ella (Bowen, Morasca y Meischke, 2003; Grotberg, 1995; Vázquez y Castilla, 2007).

El modelo de la resiliencia nos permite abordar la situación de alto riesgo desde el punto de vista de las fortalezas innatas y no desde el punto de vista del riesgo, problema y/o patología. Se trata de identificar las fortalezas con las que cuentan, en lugar de detectar los problemas.

Para que la resiliencia se desarrolle debe existir dos condiciones, de riesgo y de protección (Infante, 2000). Estas condiciones varían según la situación, la personalidad, los recursos personales, sociales y económicos de la persona, entre otros.

Por un lado, los factores de riesgo, son aquellas variables personales y del entorno que aumentan la probabilidad de que la persona responda negativamente a la situaciones adversas. Mientras que por otro, los factores de protección son el conjunto de variables personales y del entorno que potencian la capacidad de resistir ante situaciones adversas, manejando así el estrés.

En el cáncer, los pacientes deben ser vistos como personas competentes y activas, capaces de controlar el entorno y superar la enfermedad, a pesar de haber sido frustrado por dicha situación.

Se debe abordar el problema desde la superación, a partir de las potencialidades de la persona en relación con su entorno, y no desde la naturaleza negativa del problema.

Tal y como afirma Luthar y Cushing (1999), la resiliencia implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o a la adversidad. Por lo que, a partir de la investigación documentada en el trabajo de Coutu (2002, citado por Ángel, 2003), para que una persona con cáncer desarrolle la capacidad resiliente debe comprender y aceptar la realidad, tener una profunda creencia en que la vida sí tiene significado y una habilidad de resolución de problemas.

4.2 Resiliencia: Variable objeto de estudio

Son múltiples las investigaciones dentro de la Psicooncología que intenta demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. La mayoría de éstas investigan la relación entre personalidad y cáncer; estrés y cáncer; terapia psicológica y mayor supervivencia.

A pesar de los problemas metodológicos que tienen muchos de estos estudios y, a pesar de que los resultados obtenidos no son del todo concluyentes, los datos señalan con mayor rigor que las diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como evolución del cáncer.

Por lo que, a partir de los estudios revisados en este trabajo sobre los efectos que la resiliencia y factores psicológicos tienen en el cáncer, podemos afirmar el importante papel que suponen estas variables. Ya que las variables psicológicas indican de forma directa o indirecta, positiva o negativa sobre la evaluación de la enfermedad. Así como, la propia enfermedad ejerce un fuerte impacto en ellas. Por lo que, es necesario destacar el papel activo del paciente sobre la enfermedad para poder desarrollar y potenciar las capacidades, fortalezas, valores, recursos y deseos del mismo.

Puesto que, existen varios estudios que corroboran la incidencia de las emociones negativas capaces de disminuir la calidad de vida, pudiendo llegar a acelerar la enfermedad y causar así la muerte. Además de desencadenar diversos trastornos como la depresión y la ansiedad que incide directamente en la motivación del paciente y obstaculiza el

cumplimiento terapéutico. Todo esto dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Camacho, 2003).

Según Rodríguez (2006), el evento será más perjudicial en la medida en que la situación sea interpretada como una amenaza para diferentes aspectos de la existencia de la enfermedad como su vida, su integridad corporal y su capacidad.

Existe una gran variedad de factores de riesgo ligadas al cáncer, entre ellas se puede destacar el sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse a nuevos sentimientos, las hospitalizaciones, el diagnóstico, tratamiento y sus efectos secundarios, la necesidad de dependencia, entre otras. Algunas investigaciones señalan que los pacientes más vulnerables a estas situaciones presentan una personalidad tipo C (pesimistas, hostiles, inhiben y niegan las reacciones emocionales negativas y predomina las conductas deseables socialmente), no tienen apoyo social, proceden de una familia problemática, están divorciados o viudos (Stark, 2002).

Mientras que los factores protectores y/o resilientes ante el cáncer son las emociones positivas como el optimismo y sentido del humor; el afrontamiento activo en la búsqueda de soluciones y el control emocional; la flexibilidad cognitiva, es decir, la interpretación positiva de la situación y la aceptación de la existencia de situaciones adversas y el apoyo social.

En un estudio se encontró que los pacientes no hablaban con sus parejas e hijos sobre los sentimientos y emociones que origina el diagnóstico de cáncer por no hacerles daño, pensando que ello sería beneficioso para ambas partes aunque en realidad puede ser mucho más perjudicial, tal y como afirman Campbell (2001), Devine y colaboradores (2003) y Pennebaker (1989). Además, Pennebaker (1989) apunta que la expresión emocional es una manera en la que los pacientes son capaces de afrontar los pensamientos y emociones estresantes o negativos.

Ahora bien, centrándonos en el objetivo de este trabajo, los comportamientos resilientes y el afrontamiento efectivo son variables que inciden directamente en la disminución de la mortalidad de los pacientes. Alrededor de los años 50 algunas investigaciones sugerían que “los pacientes con cáncer, con características psicológicas específicas, aumentaban los índices de supervivencia” (Royak-Schaler, 1991). Por ejemplo, los pacientes cuya enfermedad había empeorado pero manifestaban características como la capacidad de cooperación, amabilidad, menor expresión de emociones negativas, menor hostilidad, eran más propensos a aumentar su esperanza de vida. En la literatura se denominó a estos pacientes como “emocionalmente expresivos” (Baider, 2003).

Otro estudio llevado a cabo por Weissman y Worden (1995) en Londres, se relacionaron las variables supresión de la ira y disminución de la sintomatología. Para ello se estudió una muestra de 160 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, hallando que la supresión de

la ira se relacionaba directamente con una reducción en la sintomatología asociada a la enfermedad. Fredrickson (2001) encontró que las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas ante la adversidad y construir la resiliencia frente a experiencias traumáticas.

Por lo anterior, parece que el desarrollo de estas emociones no sólo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad sino que parece facilitar la recuperación de la misma. Como indican Fredrickson et al. (2003) las emociones positivas son un elemento esencial que hacen que las personas no desarrollen trastornos psicológicos como la depresión ante acontecimientos traumáticos como los que él estudió en el atentado del 11-S en Nueva York, y con ello se hagan más resilientes y así puedan incrementar sus recursos psicológicos de afrontamiento.

El estudio de Levy, Lee, Bagley y Lippman (1988) mostró que las mujeres con cáncer de mama que tenían mayores puntuaciones en la variable “disfrute” presentaban una mayor probabilidad de sobrevivir al cabo de 7 años. Ni las emociones negativas ni otras positivas como sentirse contenta, cariñosa o vigorosa tuvieron ese efecto estadístico en las tasas de supervivencia.

Como se puede observar, la resiliencia no solo se ha relacionado con los estados psicológicos de los pacientes con cáncer, sino que también se ha relacionado con los índices de supervivencia que pacientes con características específicas presentaban. Por tanto, la personalidad de los pacientes supone un papel importante para el afrontamiento positivo del cáncer. Esta personalidad debe desarrollar conductas resilientes, es decir, los pacientes deben tener la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano.

A continuación, se expondrán los estudios más relevantes que han sido seleccionados a modo de resumen.

Tabla 3. Estudios más relevantes

Título, Autor, Año	Objetivo	Metodología	Participantes	Resultados
<p>“El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico” Crespo y Riviera (2012)</p>	<p>Explorar la relación mente-cuerpo en pacientes con cáncer de mama. Efecto de las variables sociales y psicológicas en la recuperación y en el desarrollo de la autoeficacia y la resiliencia</p>	<p>Cualitativo y exploratorio Instrumento: Entrevista.</p>	<p>4 mujeres Edad media 48.8 [30-60]</p>	<p>El diagnóstico de cáncer las obligó a confrontar unas transiciones propias en su ciclo de vida. Para dos de ellas, supuso un cambio significativo en su propio estilo de vida. Expresaron haber redefinido su vida y sus actitudes a partir de su diagnóstico y tratamiento. Desarrollo de la resiliencia: Salieron fortalecidas al sobreponerse al diagnóstico y al tratamiento de cáncer de mama</p>
<p>“Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama” Andreu, Galdón e Ibáñez (1991)</p>	<p>Diferencias en las reacciones emocionales existentes en un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y otro grupo de mujeres sanas.</p>	<p>Instrumentos: Cuestionario de Ajuste Emocional al Cáncer (C.A.E.C.)</p>	<p>Dos grupos: 150 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y 150 mujeres sanas Edad media: 53,33</p>	<p>Diferencia significativa en la dimensión “Dependencia” (Mujeres con cáncer más dependientes que mujeres sanas) Mujeres con cáncer en estadios I,II y III son más dependientes, están más deprimidas y presentan mayor ánimo inestable depresivo que las mujeres sanas. Mujeres con cáncer en estadio IV presentan mayor estabilidad frente al grupo de mujeres sanas.</p>

				Mujeres en estadios, I,II y III presentan diferencias significativas a nivel de inestabilidad y ánimo inestable depresivo frente a mujeres en estadio IV. Siendo las primeras, las que presentan mayor puntuación.
<p>“Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos” Rodríguez et al. (2007)</p>	<p>Analizar la relación entre dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento.</p>	<p>Estudio de caso control. Instrumentos: Afrontamiento: Mental Adjustment Cancer Questionnaire (MAC) Dimensión de personalidad: Inventario de Temperamento y Carácter revisado de Clonninger (TCI-R).</p>	<p>Comparar dos grupos: 40 pacientes diagnosticados de cáncer de mama, pulmón o colón en estadios no metastáticos y de un trastorno depresivo. 39 pacientes con el mismo diagnóstico pero sin episodio depresivo.</p>	<p>Los mecanismos de afrontamiento presentes en los pacientes deprimidos fueron: evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha. Mostraron dimensiones de personalidad caracterizadas por puntuaciones altas en evitación del daño y bajas en dependencia de la recompensa. Dimensiones de personalidad (persistencia y auto-dirección) se correlacionan con estilos de afrontamiento caracterizados por indefensión-desesperanza y fatalismo, mientras que se correlacionaron con mayor espíritu de lucha en la muestra de pacientes no deprimidos. En estos pacientes se encontró que el espíritu</p>

				de lucha era mayor cuanto menos tendencia a la evitación del daño presentaba el paciente.
<p>“Resiliencia en personas con cáncer”</p> <p>Álamo, Caldera, Cardozo y González (2012)</p>	<p>Determinar las conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer.</p>	<p>Diseño no experimental.</p> <p>Investigación descriptiva y de campo.</p> <p>Elaboración propia del instrumento.</p>	<p>100 pacientes, entre 30 y 60 años, con diagnóstico de cáncer reciente.</p>	<p>La mayoría de la población no ha logrado enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias.</p> <p>No poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad lo que lleva a concluir que no han desarrollado conductas resilientes.</p>
<p>“Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer”</p> <p>Álvarez y Cantú (2008)</p>	<p>Conocer el impacto de los aspectos psicosociales en la enfermedad.</p>	<p>Diseño descriptivo.</p> <p>Tipo cualitativo (Entrevista semiestructurada; cuestionario preguntas abiertas)</p> <p>Escalas cuantitativas: Escala de Estrés Percibido-González y Landero (2005).</p> <p>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).</p>	<p>5 pacientes diagnosticadas con cáncer recibían tratamiento.</p>	<p>Cáncer es visto como un suceso vital estresante. Su diagnóstico provoca un gran impacto emocional negativo, sobresaliendo la depresión y el predominio de un apoyo social de tipo instrumental.</p>

<p>“Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales” Cardoso y Font (2009)</p>	<p>Obtener información básica sobre cómo reaccionan ante su enfermedad y analizar las posibles relaciones entre diferentes niveles de afrontamiento.</p>	<p>Tipo cualitativo (Entrevista individual) Tipo cuantitativo (cuestionario de pensamiento, conductas, emociones, PCE)</p>	<p>189 mujeres diagnosticadas de cáncer mama. Media edad: 53 años</p>	<p>Las estrategias más empleadas: A nivel conductual, “cumplir exactamente las prescripciones médicas” e “ir al médico inmediatamente” A nivel de pensamientos, “intentar solucionarlo uno mismo” e “intentar no pensar en la enfermedad” A nivel emocional, “resignarse” y “hablar de los problemas con un familiar o amigo” En general, utilizan varias estrategias simultáneamente y que difícilmente las estrategias son totalmente excluyentes.</p>
<p>“Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón” Monteagudo, Peralta y Vicente (2016)</p>	<p>Comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres que han sufrido cáncer de laringe o mama en resiliencia y variables relacionadas con el estrés.</p>	<p>Análisis descriptivo y de comparación. Instrumentos: -Escala de estrés percibido (PSS), de Cohen, Kamarck y Mermelsteinen. -Escala de autoeficacia general (AE-G), de Baessler y Schwarcer. -Escala Connor-Davidson Resilience (CD-RISC). -Inventario de</p>	<p>20 (8 hombres con cáncer laringe y 12 mujeres con cáncer mama) Media edad= 50,2 años</p>	<p>Sí existe diferencia entre los dos sexos y las puntuaciones en resiliencia, siendo la resiliencia mayor en hombres que en mujeres y, la percepción del estrés, menor en hombres que en mujeres.</p>

		vulnerabilidad al estrés en versión española validada (Robles-Ortega y Peralta-Ramírez; Navarrete-Navarrete) -Cuestionario de personalidad resistente (CPR)		
“Control emocional, Felicidad subjetiva y Satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer” Hermosilla y Sanhueza (2015)	Conocer la relación entre las variables individuales (control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital) con el proceso de afrontamiento y adaptación al cáncer.	Estudio descriptivo, transversal y correlacional	49 pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado del Policlínico del Dolor y Cuidados Paliativos de Chillán	61,2% mostró alta capacidad de afrontamiento y adaptación. 75,5% presentó alto control emocional, particularmente en tristeza. 96% evidenció mayor felicidad subjetiva y alta satisfacción con la vida, existiendo significancia estadística entre la felicidad subjetiva y entre el conocimiento de la patología con el grado de capacidad general de afrontamiento y adaptación.

<p>“Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo” Ascencio (2013)</p>	<p>Determinar si existe relación entre los niveles de resiliencia y los estilos de afrontamiento</p>	<p>Tipo de estudio: Investigación Aplicada y no experimental</p> <p>Diseño investigación: Tipo correlacional por asociación</p> <p>Instrumentos: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE</p>	<p>70 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama Rango edad [25-60]</p>	<p>Existe asociación significativa entre resiliencia y los estilos de afrontamiento, siendo: de grado fuerte entre resiliencia y estilo de afrontamiento centrado en la emoción. De grado moderado entre resiliencia y estilo de afrontamiento centrado en el problema. De grado fuerte entre resiliencia y estilos de afrontamiento centrado en otros estilos.</p>
<p>“Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario” Bellver et al. (2009)</p>	<p>Investigar el efecto intra-sujetos de la intervención psicológica sobre el afecto positivo y negativo durante los ciclos de quimioterapia adyuvante.</p> <p>Estudiar el efecto de la interacción entre la psicoterapia y la resistencia/vulnerabilidad psicológica de las pacientes</p>	<p>Instrumentos evaluación: -Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond y Snaith -Escala de Afecto Positivo y Negativo de Sánchez-Cánovas</p>	<p>199 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama Edad media= 52,5 años</p>	<p>Las mujeres más vulnerables presentan niveles más bajos de afecto positivo y más altos de afecto negativo. La intervención psicológica logra cambiar estas puntuaciones incrementando la resistencia de las mujeres vulnerables.</p>

5. CONCLUSIÓN

En general, los trabajos revisados cumplían con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente comentados. Además, la mayoría de ellos se centraban en el estudio de las conductas de afrontamiento que los pacientes llevaban a cabo para la superación del cáncer (Rodríguez, 2006; Cardoso y Font, 2009) . Otros estudios evaluaban la resiliencia en pacientes oncológicos de forma directa (Quiceno y Vinaccio, 2011; Monteagudo, Peralta y Vicente, 2016) mientras que otros empleaban una forma más indirecta con conceptos como: bienestar, satisfacción, optimismo, estilos de afrontamiento, emociones positivas, crecimiento postraumático, psicoterapia y psicología positiva, tratamientos para el afrontamiento del cáncer, adaptación individual, reacciones emocionales (Andreu, Galdón e Ibáñez, 1991; Hermosilla y Sanhueza, 2015). En contraposición, otros estudios evaluaban las emociones negativas y variables psicológicas como el estrés, depresión y ansiedad (Álvarez y Cantú, 2008; Rodríguez, 2007) con el fin de observar las diferencias entre los resultados hallados en estudios centrados en variables psicológicas negativas y positivas.

Las limitaciones encontradas en este trabajo fueron en primer lugar, la dificultad para encontrar estudios en español sobre la resiliencia y su impacto en el cáncer ya que este concepto es novedoso y los estudios predominan en América y Francia. En segundo lugar, la mayoría de los estudios presentaban una muestra muy pequeña por lo que no resultaban ser significativamente relevantes. Por último, varios estudios se contradecían en los resultados hallados.

Con el presente trabajo se pretendía dar respuesta a una serie de cuestiones planteadas por las vivencias y datos que la enfermedad oncológico otorga. Estas son:
¿Qué diferencia hay en la evolución de dos pacientes con igual diagnóstico de cáncer? ¿Por qué algunos pacientes evolucionan tan desfavorablemente y otros mejoran?

Las diferencias encontradas en la evolución de los pacientes con el mismo diagnóstico se deben a varios factores, entre ellos, la forma en que el paciente concibe el diagnóstico, los estilos de afrontamiento que emplea para aceptarlo y la percepción de los recursos sociales, personales y económicos disponibles. La evaluación de estos factores influirá de una forma mas positiva o negativa en el paciente, desarrollando así una serie de conductas que, favorecerán o dificultarán, el afrontamiento, adaptación y recuperación de la enfermedad.

Respecto a la pregunta que plantea si el desarrollo de conductas resilientes en personas con cáncer ayuda a una mejor y más rápida recuperación, se podría afirmar que sí. Ya que los estudios muestran que las conductas resilientes pueden influir en la recuperación de cualquier enfermedad, especialmente en la oncológica. En los pacientes con cáncer, el optimismo, autocontrol y la habilidad para encontrar significado a las experiencias vividas promueven que el paciente consiga una mejor evolución (Seligman, 1998). Los pacientes que desarrollan estas conductas presentan una personalidad manifestada a través de una alta confianza en sí mismos y una mayor autoestima, están abiertos a nuevas ideas, son más tolerantes y autónomos (Simonton, 2009).

Se debe entender al ser humano como una persona activa y fuerte, capaz de resistir y rehacerse ante cualquier adversidad. Desde el punto de vista de la resiliencia se pretende aportar una esperanza para que los pacientes con cáncer se conciencien de que en el interior de la propia mente hay un poder capaz de manejar fuerzas que pueden acelerar o retrasar el progreso de la enfermedad (Discurso del Presidente de la Sociedad Americana contra el Cáncer, 1959).

En investigaciones españolas, un estudio cualitativo indicaba que los pacientes relataban la experiencia como transformadora pues, las pequeñas preocupaciones ahora no les parecen tan importantes, y encuentran mayor capacidad para disfrutar de los placeres cotidianos (Orgaz, 2010).

Sería conveniente fomentar modelos de resiliencia, con la intervención de distintas variables psicológicas y una buena orientación acerca de la enfermedad, proporcionándoles esperanza y calidad de vida, es posible prolongar la vida del paciente. Este es un hecho notable, ya que de la forma en que el paciente con cáncer aborde su enfermedad repercutirá en su estado de salud, de forma favorable o desfavorable, dependiendo de la situación o el estado que adopte la persona en esa situación.

6.REFERENCIAS

- Abián, L., Cortés, F., y Cortés, H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*, 0 (1) 83-92.
- Acinas, M. P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65-71.
- Álamo, G., Caldera, M.F., Cardozo, M.J., y González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Formación Gerencial*, 11(2), 268-293.*
- Álvarez, J., y Cantú, R. (2011). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 21 (1), 91-102.*
- Andreu, Y., Galdón, M. J., e Ibáñez, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estudio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.*
- Arana, Z., Cruzado, J.A., y Hernández, M. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: Dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4 (1), 179-191.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *ANALES Sis San Navarra*, 24(1), 173-178.
- Ascencio, A. Tesis: *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Febrero 2015.*
- Asociación Española Contra el Cáncer (2012). *Experiencia de las mujeres con cáncer de mama en España*.
- Badilla, H., y Sancho A. Tesis: *Las experiencias de Resiliencia como eje para un Trabajo Social Alternativo*. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Diciembre 1997.
- Bayón, C., Castelo, B., Mora, F., Orgaz, P., Rodríguez, B., y Torres, G. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4, (1), 7-19.*
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Bellver, A., Montalar, J., Munárriz, B., Pérez, J. A., Sánchez, J., y Santaballa, A. (2009). Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afrontamiento positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6 (1), 139-154.*
- Blanco, I., Castejón, V., Gil, F., Maté, J., Ochoa, C., Rodríguez, A., y Sumalla, E. C. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7 (1), 7-34.

- Blasco, A., Caballero, C., Camps, C., Corbellas, C., Gordes, M., Peiró, G., ... Vidal, M. L. (2007). Estudio descriptivo sobre el recuerdo del paciente tras la comunicación del diagnóstico y del pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 4 (1), 21-33.
- Bringas, S., y Krikorian, A. (2006). Aspectos psicosociales del cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3 (2-3), 347-357.
- Broche, Y., y Ricardo, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicología.com*.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Carbelo, B., Vecina, L., y Vera, B. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y Crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 21 (1), 40-49.
- Cardoso, A., y Font, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, Conductas y Reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6 (1), 27-42.*
- Castilla, C., y Vázquez, C. (2007). Emociones Positivas y Crecimiento Postraumático. *Psicooncología*, 4 (2-3), 385-404.
- Cerezo, M. V. (2009). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información Psicológica*, 106, 17-27.
- Concepción, F., González, S., Padierna, C., y Villoría, E. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 23 (2-3), 207-236.
- Crespo, L., y Rivera, M. L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23.*
- Cruzado, J. A., González, M. A., Hernández, C., Hernández, M., Martín, J. C., Prado, C., y Rodríguez, E. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9 (2-3), 233-257.
- Cruzado, J.A., Hernando, F., Olivares, M. E., y Pradero, P. (2012). Screening del malestar psicológico en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico con tratamiento quirúrgico. *Psicooncología*, 9 (2-3), 299-316.
- Cruzado, J. A., Hernando, F., Jamal, I., Laserna, P., Olivares, M.E., y Rodríguez, R. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9 (1), 95-112.
- Cyrułnik, B. (2003). *Los Patitos Feos. La Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa, S. A. (Orig., 2001).
- Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4 (2-3), 423-446.

- Forés, A., y Grané, J. (2008). *La resiliencia: Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- 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.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., y Páez, M. B. (2007). Tratamiento Psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4 (1), 75-95.
- Hermosilla, A., y Sanhueza, O. (2015). Control Emocional, Felicidad Subjetiva y Satisfacción Vital relacionados al Afrontamiento y Adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y Enfermería*, 21 (1), 11-21.*
- López, A., y Ruiz, G. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. Psychological resilience and chronic pain. *Escritos de Psicología*, 5 (2), 1-11.
- Miaja, M. Tesis: *El impacto de la alexitimia y la resiliencia en las fases del proceso del duelo en pacientes con cáncer*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Diciembre 2014.
- Miaja, M., y Moral de la Rubia, J. (2015). Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas del duelo en personas tratadas por cáncer. *Boletín de Psicología*, No.113, 7-27.
- Monteagudo, Y., Peralta, M. I., y Vicente, A. (2016). Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón. *Ágora De Salud III*, 257-265.*
- Murillo, M., y Pedraza, J. D. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3 (2-3), 377-392.
- Orgaz, P. Tesis: *Cambios en el discurso de un grupo de pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo: Un estudio cualitativo*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
- Perestelo, L. (2013). Standars on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health- *International Journal of Clinical and Health Psychology* 13, 49-57.
- Pinto- Cortez, C. (2014). Resiliencia Psicológica: Una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*, 11(2), 19-33.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica-EPOC. *Terapia Psicológica*, 29(1), 65-75.
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 241-257.