

**VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA**



**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Facultad de Psicología.**



---

## **TESIS DOCTORAL**

---

**Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en  
la relación terapéutica médico-paciente.**

**Autora:**

**M<sup>a</sup> Soledad Temprano Peñín.**

**Directores:**

**Fernando Jiménez Gómez y Guadalupe Sánchez Crespo**

**Salamanca, 2015**

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**  
**PSICOLÓGICOS.**



---

## **TESIS DOCTORAL**

---

**Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en  
la relación terapéutica médico-paciente.**

**Alumno: M<sup>a</sup> Soledad Temprano Peñín.**

**Directores: Fernando Jiménez Gómez.**

**Guadalupe Sánchez Crespo.**

Tesis presentada como requisito para obtener el Grado de Doctor en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Salamanca.

**Salamanca, Octubre de 2015**



## Información de los directores

Los doctores Dña. Guadalupe Sánchez Crespo y D. Fernando Jiménez Gómez, directores de la tesis doctoral elaborada por Dña. Soledad Temprano Peñín con el título de "*Comunicación y Resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*", presentada en la Universidad de Salamanca, en su Facultad de Psicología a través del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,

***DESEAN INFORMAR que,***

Este trabajo de investigación propuesto como tesis doctoral cumple todos los requisitos necesarios de originalidad, de elevada relevancia para la investigación y de un gran interés sanitario, presentando, al mismo tiempo, una metodología perfectamente adecuada al tema de investigación con propuestas de sus hipótesis, objetivos, describiendo sus variables, el procedimiento y los instrumentos que ha utilizado. El trabajo bibliográfico realizado por la doctoranda se ajusta al nivel científico adecuado para investigaciones de este tipo. Tanto las fuentes primarias y secundarias consultadas, como las estrategias de búsqueda y la actualidad de las mismas garantizan la validez y calidad de la bibliografía utilizada.

Por todo ello, creemos que este trabajo de investigación es apto para ser presentado ante un tribunal que juzgue sus méritos y establezca su calificación.

Salamanca, Octubre de 2015

Fdo. Guadalupe Sánchez Crespo

Fdo. Fernando Jiménez Gómez





**AGRADECIMIENTO:**

Como si de una casualidad naciera en el agradecimiento personal en la Tesis, mención especial he de hacer al término tutor de resiliencia, acuñado por Cyrulnik y nombrado tantas veces en el fundamento teórico de mi Tesis. Es aquella persona que nos acompaña de manera incondicional, nos da confianza e independencia, a lo largo del proceso de resiliencia y del desarrollo del potencial de una persona. Estos tutores en mi vida son D<sup>a</sup> Guadalupe Sánchez Crespo que junto a D. Fernando Jiménez Gómez son mis Directores de Tesis, y que más allá de sus competencias profesionales como tutores académicos han creído en mis posibilidades y me han dado la oportunidad de luchar y cumplir un sueño como es la realización de esta Tesis.

La figura del tutor de resiliencia ayuda a construir la confianza en la persona y le ayuda a transformarse y a creer en su potencialidad. El tutor ayuda a adquirir una situación de compromiso, respeta la individualidad, ayuda a aprender de los fracasos y plantea tareas realizables para reforzar a la persona.

El tutor de resiliencia no crea dependencia sino que administra seguridad a la par que autonomía. Pueden generar vínculos estables o fugaces pero siempre dejan huella. Esta seguridad y confianza puede llevarse a cabo a partir del desarrollo de habilidades personales en torno a una actividad como es el caso de mi Tesis.

En el desarrollo de mi Tesis confluyen por tanto la Comunicación y la Resiliencia a nivel personal. He contado con los mejores Directores de Tesis, los mejores comunicadores tanto afectiva como efectiva que han logrado que me fuera construyendo como persona y afianzar lo positivo sin prisa pero sin pausa en un espacio resiliente. Gracias Guadalupe. Gracias Fernando.



**DEDICATORIA:**

A los sueños por los que luchar.

A la vida que me ha dado tanto.

A mis padres ya fallecidos: Vicente Temprano Ruiz por su positividad, y fundamentalmente a mi madre, Ángela Peñín Peñín por liderar una familia, resistir los golpes de la vida, crecer y apoyarme en mis Proyectos.

A mis compañeros y amigos, que siempre están ahí.

A todos los pacientes, pues sin ellos, la Tesis no sería posible.

A mi Hospital Virgen de la Concha de Zamora a quien dedico mi trabajo diario con mis pacientes agudos, crónicos y oncológicos.

A mi Facultad de Psicología, siempre presente en mis estudios.

Al Tribunal de mi Tesis por su paciencia y comprensión.

A la Comunicación y la Resiliencia, protagonistas de la Tesis.

A mis Directores de Tesis: Guadalupe Sánchez Crespo y Fernando Jiménez Gómez, por su dedicación y esfuerzo incondicional: la *alma máter*.

**GRACIAS.**



## Índice de Contenidos.

I.- MARCO TEÓRICO .....	23
I.1.- SALUD Y ENFERMEDAD .....	29
I.1.1.- Definición de enfermo .....	34
I.1.2.- Causas de enfermedad.....	34
I.1.3.- Tipos de enfermedad.....	34
I.1.4.- El cáncer, una parte de nuestro estudio.....	36
I.1.4.1.- Definición .....	37
I.1.4.2.- Estadios.....	37
I.1.4.3.- Tratamiento:.....	38
I.1.5.- La Psico-oncología como rama de la psicología. ....	40
I.1.6.- Comunicación y oncología.....	41
I.2.- LA COMUNICACIÓN.....	43
I.2.1.- La necesidad de la comunicación .....	60
I.2.2.- Comunicación y salud .....	61
I.2.3.- Informar versus comunicar.....	61
I.2.4.- Características de la Comunicación .....	62
I.2.4.1.-Las habilidades de comunicación .....	64
I.2.4.2.- Tipos de comunicación .....	65
I.2.4.3.-Técnicas y estrategias de comunicación.....	65
I.2.4.4.- Comunicación y calidad asistencial.....	66
I.3.- RESILIENCIA: .....	68
I.3.1.- Concepto de resiliencia.....	71
I.3.2.- Consideraciones teóricas sobre la resiliencia: .....	83
I.3.3.- Paradigmas teóricos relacionados con la Resiliencia: .....	84
I.3.3.1.- La competencia social.....	85

---

1.3.3.2.- Ego-resiliencia.....	85
1.3.3.3.- Personalidad resistente, Dureza o hardinnes.....	85
I.3.4.- Recursos y características personales que potencian la resiliencia.....	86
I.3.5.- ¿Es una capacidad genética o adquirida?.....	89
I.3.6.- Riesgo de vulnerabilidad y factores protectores:.....	95
1.3.7.- Sustrato neurobiológico de la resiliencia:.....	97
I.3.8.- Cómo construir la resiliencia:.....	98
I.3.9.- Recomendaciones derivadas de la investigación científica:.....	101
I.3.10.- Trabajar con la adversidad: intervención .....	104
I.3.11.- Resiliencia, vida y salud:.....	109
I.4.- LA INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIA. ....	112
I.4.1.- Resiliencia en cuidadores .....	112
I.4.2.- Resiliencia y enfermedad crónica.....	113
I.4.3.- Resiliencia y Familia.....	121
I.4.4.- Resiliencia y duelo.....	123
I.4.5.- Resiliencia y estrategias de afrontamiento .....	125
I.4.6.- Resiliencia y educación .....	139
I.4.7.- Factoresde riesgo y de protección.....	144
I.4.8.- La resiliencia en personas de edad.....	148
I.4.9.- La resiliencia en madres.....	151
I.4.10- La resiliencia laboral.....	153
I.4.11.- Resiliencia y violencia .....	162
I.4.12.- Resiliencia y desadaptación.....	165
I.4.13.- Resiliencia y <i>Mindfulness</i> .....	173
I.5.-INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN RESILIENCIA PARA LA POBLACIÓN ADULTA:.....	173

---

1.5.1.- The Connor-Davidson Resilience Scale. Connor-Davidson (CD-RISC):.....	174
1.5.2.- Resilience Scale (RS):.....	176
1.5.3.- The Resilience Scale for Adults (RSA): .....	177
1.5.4.- Resilience Scale for Adult (RSA):.....	177
1.5.5.- Brief Resilient Coping Scale (BRCS):.....	178
1.5.6.- Escala de Resiliencia Breve (The Brief Resilience Scale -BRS-): ...	178
1.5.7.- Escala de Resiliencia (Jew, Green y Kroger, 1999): .....	178
1.5.8.- Escala de Resiliencia Adolescente (Oshio, Nakaya, Kaneko y Nagamine, 2002): .....	178
1.5.9.- Dispositional Resilience Scale (DRS): .....	179
I.6.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNICACIÓN .....	179
I.7.- LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU COMUNICACIÓN .....	181
I.7.1.- La comunicación como instrumento terapéutico .....	182
I.7.2.- Psicología y comunicación.....	183
I.7.3.- Intervención psicológica .....	184
.- Funciones del Psicólogo en Oncología: .....	185
II.- MARCO EMPÍRICO: .....	189
II.1.- METODOLOGÍA .....	190
II.1.2.- Diseño de investigación. ....	191
II.1.2.1.- Planteamiento de hipótesis .....	191
II.1.2.2.- Participantes: descripción y obtención de los participantes. ....	193
II.1.2.3.- Identificación de las Variables .....	194
II.1.2.4.- Material y método empleado .....	196
II.2.- RESULTADOS.....	201
II.2.1.- Análisis de los ítems del Cuestionario de Comunicación.....	201
II.2.2.- Datos aportados por los ítems del Cuestionario de Resiliencia .....	231

---



II.2.3.- Resultados de contrastación de las hipótesis.....	256
II.2.4.- Correlaciones.....	265
III.- DISCUSIÓN.....	279
IV.- CONCLUSIONES.....	293
BIBLIOGRAFÍA: .....	299
Enlaces desde la página de Internet de Psicología Positiva: .....	323
ANEXO 1: Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico. ....	327
ANEXO 2: Variables sociodemográficas y biomédicas. ....	329
ANEXO 3. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, versión en español de Heilemann, Lee y Kury (2003).....	331
ANEXO 4: Registro de la investigación en el Complejo Asistencial de Zamora. Sacyl.....	333
ANEXO 5: Consentimiento informado oral.....	335

## **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1. Pirámide de las necesidades de Maslow (1943).....	61
Ilustración 2. Componentes comportamentales de los estilos de comunicación (Portillo, 2002).....	63
Ilustración 3. Rueda de la resiliencia de Grotberg (2006).....	105
Ilustración 4. La casita de la resiliencia de Vanistendael (2002).....	106

---

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Cuestionarios por Tipo de enfermedad. Diferencia de Medias y “d” de Cohen.....	256
Tabla 2. Cuestionarios por Nivel de estudios. Diferencia de Medias y “d” de Cohen.....	258
Tabla 3. Cuestionarios por Género. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	259
Tabla 4. Cuestionarios por Estado civil. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	260
Tabla 5. Cuestionarios por Tramos de edad. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	261
Tabla 6. Cuestionarios por Tramos de edad tiempos de diagnóstico. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	261
Tabla 7. Cuestionarios por Especialidad diagnóstica. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	262
Tabla 8. Cuestionarios por Medio. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	263
Tabla 9. Cuestionarios por Número de hijos. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.....	264
Tabla 10. Correlaciones entre el Estado Civil y las variables de Comunicación y Resiliencia.....	265
Tabla 11. Correlaciones existentes entre el Tipo de Enfermedad y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	267
Tabla 12. Correlaciones existentes entre el Género y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	268
Tabla 13. Correlaciones existentes entre el Edad por tramos y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	268
Tabla 14. Correlaciones existentes entre el Estado Civil (reducido) y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	269
Tabla 15. Correlaciones existentes entre el Número de Hijos y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	269
Tabla 16. Correlaciones existentes entre la Situación Laboral y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	270
Tabla 17. Correlaciones existentes entre el Nivel educativo y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	271
Tabla 18. Correlaciones existentes entre la Profesión y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	271
Tabla 19. Correlaciones existentes entre el Medio y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	272

Tabla 20. Correlaciones existentes entre la Fecha del diagnóstico y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	272
Tabla 21. Correlaciones existentes entre el Tipo de Tratamiento y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	273
Tabla 22. Correlaciones existentes entre el Fase de Enfermedad y las Variables de Comunicación y Resiliencia.....	274
Tabla 23. Correlaciones existentes entre el Diagnóstico no oncológico crónico y las variables de Comunicación y Resiliencia.....	274
Tabla 24. Correlaciones existentes entre el Diagnóstico agudo y las variables de Comunicación y Resiliencia.....	275

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cuestionario de Comunicación. Ítem 1: Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	201
Figura 2. Cuestionario de Comunicación. Ítem 1 Importancia según Tipos de enfermedad.....	202
Figura 3. Cuestionario de Comunicación. Ítem 2 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	203
Figura 4. Cuestionario de Comunicación. Ítem 2. Importancia según Tipos de enfermedad.....	204
Figura 5. Cuestionario de Comunicación. Ítem 3 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	205
Figura 6. Cuestionario de Comunicación. Ítem 3 Importancia según Tipos de enfermedad.....	206
Figura 7. Cuestionario de Comunicación. Ítem 4 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	207
Figura 8. Cuestionario de Comunicación. Ítem 4 Importancia según Tipos de enfermedad.....	208
Figura 9. Cuestionario de Comunicación. Ítem 5 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	209
Figura 10. Cuestionario de Comunicación. Ítem 5 Importancia según Tipos de enfermedad.....	210
Figura 11. Cuestionario de Comunicación. Ítem 6 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	211
Figura 12. Cuestionario de Comunicación. Ítem 6 Importancia según Tipos de enfermedad.....	212
Figura 13. Cuestionario de Comunicación. Ítem 7 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	213
Figura 14. Cuestionario de Comunicación. Ítem 7 Importancia según Tipos de enfermedad.....	214
Figura 15. Cuestionario de Comunicación. Ítem 8 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	215
Figura 16. Cuestionario de Comunicación. Ítem 8 Importancia según Tipos de enfermedad.....	216
Figura 17. Cuestionario de Comunicación. Ítem 9 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	217

---

Figura 18. Cuestionario de Comunicación. Ítem 9 Importancia según Tipos de enfermedad.....	218
Figura 19. Cuestionario de Comunicación. Ítem 10 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	219
Figura 20. Cuestionario de Comunicación. Ítem 10 Importancia según Tipos de enfermedad.....	220
Figura 21. Cuestionario de Comunicación. Ítem 11 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	221
Figura 22. Cuestionario de Comunicación. Ítem 11 Importancia según Tipos e enfermedad.....	222
Figura 23. Cuestionario de Comunicación. Ítem 12 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	223
Figura 24. Cuestionario de Comunicación. Ítem 12 Importancia según Tipos de enfermedad.....	224
Figura 25. Cuestionario de Comunicación. Ítem 13 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	225
Figura 26. Cuestionario de Comunicación. Ítem 13 Importancia según Tipos de enfermedad.....	226
Figura 27. Cuestionario de Comunicación. Ítem 14 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	227
Figura 28. Cuestionario de Comunicación. Ítem 14 Importancia según Tipos de enfermedad.....	228
Figura 29. Cuestionario de Comunicación. Ítem 15 Frecuencia según Tipos de enfermedad.....	229
Figura 30. Cuestionario de Comunicación. Ítem 15 Importancia según Tipos de enfermedad.....	230
Figura 31. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 1.....	231
Figura 32. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 2.....	232
Figura 33. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 3.....	233
Figura 34. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 4.....	234
Figura 35. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 5.....	235
Figura 36. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 6.....	236
Figura 37. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 7.....	237
Figura 38. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 8.....	238
Figura 39. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 9.....	239
Figura 40. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 10.....	240
Figura 41. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 11.....	241
Figura 42. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 12.....	242
Figura 43. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 13.....	243

---

Figura 44. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 14.....	244
Figura 45. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 15.....	245
Figura 46. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 16.....	246
Figura 47. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 17.....	247
Figura 48. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 18.....	248
Figura 49. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 19.....	249
Figura 50. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 20.....	250
Figura 51. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 21.....	251
Figura 52. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 22.....	252
Figura 53. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 23.....	253
Figura 54. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 24.....	254
Figura 55. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 25.....	255



## RESUMEN

El objetivo de esta investigación se centra en dos factores psicológicos esenciales para afrontar una enfermedad grave: la comunicación médico-paciente y la habilidad/capacidad del que padece la enfermedad para afrontar su padecimiento. Las principales variables que intervienen en este estudio son: Tipo de enfermedad, Nivel educativo, Diferenciación de Género, Estado civil, Edad del paciente, Tipo de diagnóstico, Tiempo de recepción del diagnóstico, Tipo de tratamiento recibido, Procedencia rural/urbana y su situación laboral anterior a la enfermedad. La muestra se constituyó con 300 pacientes: 100 pacientes con cáncer, 100 con enfermedad aguda y 100 pacientes crónicos. A todos ellos se les aplicaron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (versión española de Heilemann, Lee y Kury, 2003), compuesto por 25 ítems y el Cuestionario de Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico (Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, 2010), compuesto por 15 ítems. Los resultados demostraron que la comunicación del paciente con el médico es una de las herramientas psicológicas más importantes para afrontar la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Resiliencia. Comunicación médico-paciente. Enfermedad. Afrontamiento.

**SIGLAS:** E. R. (Escala de Resiliencia); C. M-P (Comunicación Médico-Paciente); C. N. C. (Cuestionario de Necesidades de Comunicación).





---

# **I.- MARCO TEÓRICO**

---



# I.- MARCO TEÓRICO

## *Introducción*

La gran motivación que impulsa esta Tesis Doctoral titulada *Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*, es personal. Se justifica en mi trabajo diario con pacientes en los que la comunicación es la clave de la relación, participación y de adherencia al tratamiento. Observo diariamente cómo la comunicación con el paciente es una herramienta terapéutica de calidad que favorece adaptar la información a la situación de la persona enferma y facilita mecanismos para hacer frente a la situación que le provoca la patología. En una situación comunicativa de atención al paciente he llegado al convencimiento de que la buena comunicación con el paciente hace realidad una participación más activa y un paciente implicado en su curación. La adecuada información y comunicación serán claves para conseguir un paciente activo en su propia demanda de salud.

El profesional sanitario en contacto con el paciente y dedicado a su salud, debe hacer mucho énfasis en que su capacidad comunicativa con el paciente, expresada en términos de compartir información y alentar al paciente en su recuperación de forma empática, para hacer del paciente un paciente activo y adherido al tratamiento como co-responsable del mismo.

Es tal la importancia de la comunicación en términos de salud que todo profesional sanitario debe prepararse para poder realizar sus competencias centrado en el paciente, los cuales, deben adquirir técnicas y hábitos saludables para el cuidado de su salud por lo que es necesaria la empatía con ellos. En la fundamentación teórica describo conceptos como comunicación, salud, enfermedad, resiliencia porque de todo ello voy a precisar para realizar el trabajo en colaboración con el paciente, cuyas necesidades de información y de comunicación y su capacidad de resiliencia describiré en la fundamentación práctica y desarrollo de la investigación.

Además, también he podido observar como la enfermedad va a afectar a la esfera biopsicosocial del sujeto y he podido ver que la enfermedad es una situación adversa que el sujeto resiliente afronta y resuelve con una adecuada adaptación. Esta adaptación a su enfermedad o a la nueva situación tendrá como puente una adecuada comunicación que le permita ser una persona activa en su proceso de enfermedad y a seguir una vida normal con la máxima calidad.

La novedad de mi estudio es aportar en esta situación qué nivel de resiliencia para adaptarse y qué necesidad de comunicación tiene el paciente, y valorar su relación para elaborar gracias a este estudio programas que mejoren tanto la comunicación y la resiliencia como variables importantes en la vida del sujeto partiendo de que ambas variables no nacen solas sino que precisan de los demás, la comunicación es compartir y la resiliencia se desarrolla en interacción social para salir de la adversidad y fortalecerse.

Esta Tesis Doctoral titulada *Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*, parte de la hipótesis inicial que tanto la comunicación como la resiliencia van a estar presentes en esta relación médico-paciente en la que la situación adversa a superar, como es la enfermedad, va a crear una situación psicosocial nueva en la persona y un nuevo contexto de relación. La comunicación y la resiliencia forman parte de la relación terapéutica médico-paciente ya que en este proceso el compartir la información y afrontar la adversidad de estar enfermo ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente. La capacidad de comunicar con efectividad es un componente vital de la resiliencia y ligado a la empatía. La comunicación efectiva engloba una apreciación de cómo se perciben nuestros mensajes verbales y no verbales y la capacidad de escucha activa. La comunicación es parte esencial en nuestras vidas, que va desde el mundo interior nuestro a las relaciones con los demás. La resiliencia es la capacidad para que una persona, a pesar de los acontecimientos adversos y difíciles, continúe proyectándose en el futuro incluso con un mayor desarrollo de sus potencialidades. La resiliencia se engloba en la psicología positiva centrándose en las cualidades positivas. Según Grotberg (1995), es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformados por ellas. La resiliencia es una respuesta que supone un ajuste saludable a la adversidad. Ser resiliente no evita experimentar la angustia, dolor emocional o tristeza, no es una característica que una persona tiene o no tiene, sino que incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas. Sería la capacidad del ser humano de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar sus competencias a pesar de estar expuesto a una situación crítica. Se trata por tanto de ver qué factores de protección tienen estos sujetos para poder enseñarlos a otras personas.

La resiliencia es un proceso dinámico, que varía según las circunstancias, las características del trauma o difícil situación, el contexto, la etapa de la vida, la cultura y

el aprendizaje de este proceso. La profesión del médico o sanitario es el tutor de resiliencia en potencia y puede ayudar a superar esta adversidad que supone la enfermedad con una buena atención curativa y de cuidados en el entorno de una adecuada relación comunicativa.

Como he comentado anteriormente, la motivación de este estudio nace de la importancia de la comunicación en el tema de la enfermedad y en el contexto sanitario, siendo la comunicación un factor a tener en cuenta en la relación terapéutica del médico con el paciente, además en los tres grandes grupos de enfermedad con características diferentes, además del estudio de la resiliencia como constructor multifactorial que engloba la adecuada comunicación como parte del desarrollo de la persona sobre todo en situación adversa, en la que se va a desarrollar la resiliencia si supera la situación y se adapta a ella. El estudio conjunto de comunicación y resiliencia, asociado a la enfermedad como algo que irrumpe en la vida de los sujetos y modifica su rutina añadiendo un contexto de relación como es el sanitario, es escaso. La justificación de la investigación es que se pueda ayudar partiendo de los resultados obtenidos para mejorar la comunicación y enfatizar los factores de resiliencia que ayudan a superar la enfermedad, adaptarse a los cambios y crecer. Tanto la comunicación como la resiliencia se aprenden y es la utilidad de este trabajo para aumentar el bienestar del paciente y la calidad asistencial.

Este estudio tiene como objetivo general determinar el nivel de resiliencia y valorar las necesidades de comunicación del paciente con enfermedad aguda, crónica y oncológica en la relación entre el médico y el paciente.

En el presente estudio, se expone el planteamiento del problema de su investigación, así como su descripción, justificación y los objetivos propuestos; la existencia de un marco teórico, que implica los antecedentes, los conceptos, los modelos teóricos y las investigaciones relacionadas con la resiliencia, la enfermedad aguda, crónica y el cáncer y el tema de la comunicación. En cuanto a los aspectos metodológicos planteamos cómo se lleva a cabo la investigación, el diseño y el tipo de investigación, las variables, los instrumentos, el procedimiento general y el estadístico utilizado. La presentación y análisis de los resultados, así como, las conclusiones, limitaciones y recomendaciones del estudio.

La enfermedad supone un cambio en la vida del sujeto que la padece, tanto en enfermedad aguda, crónica como si es enfermedad oncológica; siendo la enfermedad

oncológica la situación que genera más incertidumbre por el miedo que supone estar enfermo de cáncer. Hemos diferenciado la intensidad, la duración y el impacto que tiene en cada uno de los diferentes grupos de enfermedades. El rol de enfermo es diferente en cada caso aunque en todos existe una relación con el médico tanto si es puntual, de tipo continuado y en algunos casos con un halo de incertidumbre hasta convertirse en enfermedad crónica que es el objetivo de la enfermedad oncológica. En esta relación médico-paciente ha habido un cambio que se ha producido en los últimos años y es que el paciente quiere ser más informado, se prima la comunicación, se hace al paciente más partícipe de su tratamiento, y se intenta una mejor adherencia al tratamiento, y todo en aras a una mejor calidad asistencial.

Es importante la enfermedad como punto de partida para establecer esta nueva relación en el contexto sanitario; en esta nueva relación es significativo informar, y también comunicar, siendo la comunicación un paso más en la relación terapéutica médico-paciente presente en todo el proceso de cura y de cuidar al paciente. Considerando la enfermedad como una situación adversa y difícil que se ha de superar para volver a la vida normal o adaptarse a la enfermedad, y siendo la resiliencia, la capacidad por la que el sujeto se enfrenta a la adversidad y sale fortalecido de esa situación aflorando todo su potencial, nos planteamos cómo de resilientes son nuestros pacientes ante esta nueva situación, tanto aguda como crónica como de enfermedad oncológica. Dado que la resiliencia precisa de un entorno social en el cual la comunicación humana ocupa una parte importante en la escala de necesidades básicas y de valores, consideramos si estas dos variables pueden de alguna manera influir en esta relación terapéutica y en este contexto sanitario.

La enfermedad es la parte inicial de la investigación, y ya no sólo en cuanto a naturaleza, duración, diagnóstico y tratamiento, sino también esa parte más psicológica como es el tema de la comunicación y la resiliencia, si se encuentran relacionadas y de qué manera pueden influir en la nueva relación establecida.

Nos centraremos en esta investigación en comprender cómo es la comunicación y la resiliencia en una persona afectada de enfermedad de tipo agudo, crónico u oncológica, estudiaremos las necesidades de información y de comunicación y la capacidad de resiliencia en los pacientes de estos tres grupos de enfermedad, estudiaremos las diferencias entre informar y comunicar, entre cuidar y curar, y las

fortalezas para superar la difícil situación mediante la resiliencia en este proceso de enfermedad y adaptación a la nueva situación.

Deseamos que las estrategias de comunicación y la resiliencia mejoren en la relación terapéutica médico-paciente, todo ello es importante y además se pueden aprender. Podemos aprender el estilo de comunicación y de resiliencia que puede mejorar la relación y, por ende, reorganizar y desarrollar cambios que favorezcan la mejora asistencial y el estilo de afrontar la enfermedad para superar y salir fortalecido mentalmente con una adecuada adaptación a la enfermedad y a la vida tras la enfermedad.

En nuestra investigación planteamos una serie de objetivos que es obligado afrontar. El objetivo principal es conocer las necesidades de comunicación y la resiliencia de los pacientes oncológicos, crónicos y agudos en la relación terapéutica médico-paciente para poder obtener unos datos que nos ayuden a mejorar esta comunicación y la capacidad de resiliencia en la enfermedad en nuestro medio.

Un segundo objetivo describir las situaciones de comunicación que son objeto de estudio en la información y comunicación respecto la frecuencia en que suceden en la relación terapéutica y la importancia que le conceden los pacientes a esa situación. Evaluamos la frecuencia en la que suceden las situaciones planteadas y también la importancia que tiene para ellos. Además los participantes seleccionan las dos situaciones que ellos consideran más importantes.

Un tercer objetivo es conocer el funcionamiento de la comunicación en los pacientes con enfermedad aguda, crónica y oncológica tanto en información como en comunicación sabiendo que no es lo mismo informar que comunicar y que el paciente, como coautor de su evolución, precisa de una mejora en la comunicación con su médico para conseguir una mayor implicación en el tratamiento. Las diversas acciones orientadas a curar o de necesidad informativa son aquellas acciones que demanda el paciente con respecto a la información relacionada con su enfermedad (ajuste de la información a sus necesidades, fuentes de información y la calidad de la misma) así como a las características profesionales del médico en la interlocución (capacidad de escucha, hacer partícipe al paciente del proceso y reconocer sus necesidades). En cuanto a las acciones orientadas a cuidar (necesidades emocionales), son los requerimientos realizados por el paciente a su médico relacionados con aspectos psicológicos, afectivos y emotivos derivados, relacionados o pertenecientes al proceso de su enfermedad.



Otro objetivo es describir la resiliencia y cada factor de la escala utilizada. Conoceremos la distribución de los factores y dimensiones de la resiliencia. La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, y satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total y los factores de competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida.

Conoceremos la resiliencia y su relación con la comunicación en pacientes con cáncer, agudos y crónicos y analizaremos las diferencias en cada grupo de enfermedad.

Conocer los objetivos de la comunicación, diferenciados por factores socioculturales como la edad, el nivel educativo y el género, y los factores biomédicos según la fase de la enfermedad o del proceso, serán analizados en esta investigación, analizando la existencia de diferencias entre los grupos de enfermedades agudas, crónicas y oncológicas.

Para la consecución de estos objetivos la metodología y plan de trabajo que se ha propuesto en torno a la comunicación y la resiliencia en la relación terapéutica médico-paciente en el contexto sanitario, y tras una situación adversa como es la enfermedad en los tres tipos agudo, crónico y oncológico, ha comenzado por analizar estas situaciones de comunicación tanto en *frecuencia* como en *importancia*, y tanto informativo asemejado a curativo como en situación de comunicación o cuidado del paciente, así como los factores de resiliencia detectados en los pacientes que conforman nuestra muestra. Se aplica como instrumento de trabajo mediante entrevista un *Cuestionario de Comunicación* y una *Escala de Resiliencia* que nos permitirá obtener los datos precisos para desarrollar el estudio.

La muestra comprende 300 pacientes con enfermedad aguda, crónica y oncológica elegidos con los siguientes criterios de inclusión: dar su consentimiento informado oral para participar en el presente estudio; ser pacientes oncológicos y no oncológicos (agudos y crónicos) con diagnóstico realizado por un especialista. Ser mayores de edad. Estado de salud física y mental que permita responder de forma coherente a los cuestionarios.

Los resultados que hemos obtenido tanto de comunicación como de resiliencia se han agrupado por grupos de enfermedad y en grupo total.

La investigación se inicia con el análisis de las respuestas de nuestros pacientes y cómo se desenvuelven en la comunicación y en la resiliencia. Posteriormente nos

interesamos por conocer cómo se puede ayudar a mejorar esta comunicación por su efecto terapéutico ante el paciente, y ayudar a salir fortalecido ante la situación difícil que supone estar enfermo tanto en un proceso agudo, como crónico como oncológico.

Esta investigación se encuadra en Psicología, Medicina, Sociología porque la comunicación y la resiliencia forman el contexto de actuación que nos puede servir para estudiar estas variables, trabajarlas y ayudar al enfermo tanto agudo, crónico, oncológico y al propio profesional que va a atender al paciente mejorando en habilidades de comunicación y apoyando los factores que hacen de un sujeto potenciar su resiliencia y superar la adversidad con éxito para seguir con su vida normal adaptado al proceso de enfermedad.

Tras esta primera exposición explicaremos en una primera parte la fundamentación teórica sobre la comunicación y la resiliencia, además de la enfermedad. Seguiremos con la segunda parte con un marco empírico y la exposición de los resultados obtenidos. Tendremos una tercera parte con orientaciones y conclusiones con estrategias para la mejora de esta relación y su valoración para trabajar con ellas. La parte final tiene las referencias bibliográficas y bibliografía.

## **I.1.- SALUD Y ENFERMEDAD**

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia; es la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). Algunos críticos como Milton Terris (1990), epidemiólogo, han propuesto la eliminación de la palabra “completo” de la definición de la OMS (Salleras, 1990).

En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica (Salleras, 1990). Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. La salud implica que

todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La enfermedad es un proceso y está caracterizado por una alteración del estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo. La salud y la enfermedad son parte integral de la vida. Generalmente, se entiende la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración de un sistema.

La salud y enfermedad siempre han sido entidades opuestas. La presencia de una supone la ausencia de la otra. Desde los tiempos de Galeno se sabe que diferentes enfermedades producen diferentes efectos. Estar ‘sano’ quiere decir sentirse bien y asumir conductas protectoras del estado de salud actual para evitar enfermarse.

Estar ‘enfermo’ significa ausencia de salud, expresable en términos de signos que indican que el cuerpo no está funcionando bien y signos subjetivos de daño físico (dolor, náuseas, insomnio, por ejemplo). Un modelo biopsicosocial es el asunto que plantea en términos y aspectos individuales del paciente (su historia y relaciones sociales, su personalidad y estilo de vida, sus procesos mentales y biológicos) que deben ser considerados al intentar una conceptualización más integral de ambas nociones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad.

En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez. El modelo más aceptado es el modelo bio-psicosocial así llamado por Engel (1980), que se basa en el entendimiento de qué factores psicológicos, sociales y biológicos intervienen no sólo en la enfermedad, sino también en su recuperación y en la promoción de la salud. El continuo salud-enfermedad ha demostrado en varios estudios de las emociones positivas liderado por Barbará Fredrickson (2001), que las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir la resiliencia psicológica frente a las experiencias traumáticas.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma, experimenta una serie de reacciones emocionales ante

la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia, los amigos, el hospital y además los profesionales de la salud. Esto permite afirmar que es significativa la comunicación entre el paciente y el médico que le trata, para que exista un intercambio entre la información suministrada y como recibe esta comunicación el paciente para influir en la conducta de los pacientes. En este sentido Poveda y Laforet (2009), señalan que comunicarse con el paciente, es dejarle hablar, hacer preguntas abiertas, dar tiempo, y prestar una actitud de escucha activa. Escuchar en silencio.

En este sentido se debe propiciar el respeto, la empatía, la armonía y el deseo de transmitir con amor mensajes de una forma clara, diáfana y consolidando solidaridad humana e incrementando el compromiso de ayuda, creando un ambiente donde reine la serenidad, el compañerismo y el respeto a la dignidad humana.

Goleman (2003), señala que las relaciones interpersonales son un punto esencial del programa de inteligencia emocional, lo que incluye aprender a escuchar y a formular las preguntas correctas a discriminar entre lo que el otro expresa y los propios juicios y reacciones, a ser positivo antes de estar enfadado o en una actitud pasiva, y a aprender el arte de la cooperación, y la solución de conflictos.

En este orden de ideas, el médico tratante debe transmitir información de una forma transparente, concisa, generando compromiso, inspirando confianza y consolidando esfuerzos para generar un flujo comunicacional óptimo que integre y armonice relaciones humanas afectuosas.

De acuerdo a este enfoque Poveda (1981), expone que comunicar es fluir, es actuar fácilmente. Es vivir el presente. La primera barrera que se opone a la comunicación interpersonal es nuestra tendencia espontánea a juzgar, evaluar, aprobar y reprobar las afirmaciones de la otra persona o del otro grupo. Así, el afrontamiento resulta un mecanismo protector ante el estrés y su modulación, y la resiliencia se convierte en el pilar fundamental que le permite al paciente oncológico adaptarse constructivamente a su nueva realidad. Algunas investigaciones (Stark, 2002), señalan que los pacientes más vulnerables a estas situaciones son pesimistas, proceden de una familia problemática, o tienen problemas con su pareja, están divorciados o viudos o no tienen apoyo social. Además los pacientes más jóvenes también experimentan

sentimientos más negativos, que además se asocian a niveles elevados de dolor o fatiga, menores niveles de funcionamiento físico y cognitivo.

Un factor que también debe tomarse en cuenta es la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Los pacientes diagnosticados en fases más avanzadas de la enfermedad presentarán mayor malestar psicológico en el futuro que los que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas (Voogte, 2005). Las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida del enfermo de cáncer e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad. (Camacho, 2003).

Para Víctor Frankl (1991), la búsqueda de sentido en mitad de una situación dolorosa (como por ejemplo, la búsqueda de elementos positivos, la búsqueda de encontrar de la mejor actitud posible ante lo que está pasando) sería lo que condicionaría la respuesta ante la misma. Por lo tanto, el sentido de una situación podría tener un papel muy importante en la adaptación a situaciones que se viven como estresantes.

Revisamos la literatura relacionada con el enfermo oncológico, encontramos un grupo de ella que incluye a la familia o a uno de sus miembros y se centra en la efectividad del tratamiento para mejorar diferentes síntomas o sufrimiento psicológico en los pacientes o sus familiares, reconociéndose así, que ambos actores deben ser atendidos.

Los estudios de los efectos del estrés sobre el cáncer empezaron a cobrar fuerza a raíz de las investigaciones de Leshan y Worthington en 1956, sobre la influencia de las pérdidas psicosociales sobre el cáncer.

Leshan (1956), en un estudio realizado con una muestra de 450 enfermos de cáncer encontró en un 72% de ellos una historia emocional muy parecida.

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización clínica y evolución diferente, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y generando metástasis.

En la actualidad, hay millones de personas que viven con cáncer o que han padecido la enfermedad. Sin embargo, el progreso en la detección, diagnóstico y

tratamiento de la misma han aumentado la tasa de supervivencia para muchos tipos de cáncer, generando nuevos desafíos en su existencia y en la calidad de vida como sobrevivientes. Se describe a esta enfermedad como un crecimiento descontrolado de células de alguna parte del cuerpo. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Debido a que las células anormales continúan creciendo y dividiéndose, estas en lugar de morir, viven más tiempo y continúan formando nuevas células anormales.

El cáncer conduce a un estado de estrés persistente debido a la prolongación de los tratamientos que en su mayoría conlleva dada la respuesta o no a estos, se convierte en un estresor que afecta de manera el continuo de salud enfermedad, provocando una crisis de manera severa. Es por ello que el ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, y obtener el dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección.

A pesar de que existen algunos puntos comunes en la adaptación normal a los variados factores de estrés del cáncer, también existen muchas diferencias a nivel individual. Es difícil predecir la manera en que las personas harán frente al cáncer, de manera que es importante reconocer factores que influyen en la adaptación al cáncer. Se ha determinado que el ajuste/la adaptación psicosocial es influido por tres categorías amplias de factores: derivados del cáncer, derivados del paciente y derivados de la sociedad.

La resiliencia no supone la evitación como forma de afrontamiento. Esto tiene su explicación si partimos de que el paciente oncológico resiliente ha aceptado su enfermedad, pero esta aceptación no significa que se ha sentado a observar pasivamente la misma, sino que el hecho de saberse enfermo constituye el reverso necesario para alcanzar el estado opuesto, la salud. La aceptación de la enfermedad se armoniza en correspondencia con el optimismo frente a la recuperación, el espíritu de lucha positiva y la solución activa de problemas (Brix, 2008).

### **I.1.1.- Definición de enfermo**

Seguimos la misma línea que el Dr. Sanz (2004), expresa refiriéndose que cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades.

La enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono (Sanz, 2004).

En general, las «personas enfermas» actúan de una forma especial frente a su estado. La conducta de enfermedad implica cómo el enfermo controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones y hace uso del sistema sanitario. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena. La conducta de enfermedad puede convertirse en anómala cuando es desproporcionada respecto al problema presente y la persona persiste en el papel de enfermo.

### **I.1.2.- Causas de enfermedad**

Existe un modelo que plantea como causas una serie de factores, un espectro que varía desde un extremo con las causas genéticas (endógenas) hasta otro extremo, correspondiente a factores externos medio-ambientales o exógenas (Rochon, 1992).

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.

### **I.1.3.- Tipos de enfermedad**

Se denomina enfermedad aguda a aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos, y es de corta duración, generalmente menos de tres meses. Se denomina enfermedad crónica a aquella enfermedad que tiene larga duración, cuyo fin o curación

no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

La enfermedad crónica tiene una evolución con complicaciones o brotes. Cuando la enfermedad es incapacitante amenaza el equilibrio del paciente; la pérdida de capacidades hace disminuir la función social, familiar y laboral del paciente, y se produce aislamiento social, tensiones y cambios en los papeles y relaciones del paciente en su entorno.

El curso de la enfermedad crónica y el fracaso de las expectativas terapéuticas, pueden sumir al paciente en desesperanza, desamparo y apatía, pero aún así, hay pacientes que consiguen una adecuada adaptación a la enfermedad y mantienen el ánimo y la calidad de vida. Esta capacidad de adaptación depende, en gran medida, de características psicosociales del paciente.

La curación de la enfermedad es el primer objetivo, pero cuando no es posible, el esfuerzo asistencial se debe centrar en mejorar el cuadro clínico, disminuir molestias y disfunciones, detener en lo posible el avance, evitar o retrasar las complicaciones, conseguir el máximo nivel de autonomía y reinserción social, contribuir a la adaptación del paciente y de sus familiares a la enfermedad y obtener un buen cumplimiento de las normas o tratamientos.

Es importante implicar al paciente crónico en la selección y control de su propio tratamiento. La asistencia a estos pacientes es larga y conviene valorar con el paciente el plan asistencial, así como informarle de las razones, objetivos, ventajas e inconvenientes de las medidas a tomar y de las posibles alternativas. La participación del paciente en la elaboración del plan permite conocer sus deseos, necesidades y temores respecto al tratamiento, así como su cumplimiento. Una relación asistencial pasiva potencia la dependencia del paciente. Su atención sanitaria suele ser interprofesional en el que cada uno de los miembros del equipo conocen las funciones y objetivos de los otros y adecuan sus actuaciones. En el enfermo crónico hay que acentuar las precauciones y controles sobre los fármacos y sobre el cumplimiento del tratamiento.

Es conveniente elaborar con el paciente un programa de medidas generales respecto de sus hábitos, como la dieta, alcohol, tabaco, sueño, con objeto de reducir el impacto psíquico y social de la enfermedad; por eso, insistimos, es importante que la información que se dé al paciente sobre su proceso sea clara desde el inicio, teniendo



siempre en cuenta la prudencia en la información si el pronóstico es muy severo y sin dejar de mantener la esperanza (Anguera, Peyra y Palerm, 1998).

La enfermedad crónica, por tanto, plantea una situación de cronicidad, para toda la vida, una situación de dependencia de un tratamiento y una situación de esperanza como solución para hacer vida normal. La enfermedad crónica es un elemento negativo que llega a desestabilizar la normalidad de la vida del paciente a nivel individual y social. El enfermo vive su enfermedad dentro del conjunto social y con las más variadas relaciones interpersonales, familiares y laborales. La enfermedad produce unos efectos irrumpiendo en la actuación normal de los sujetos implicados. A nivel personal el sujeto afectado desarrolla un proceso desde la negación, ira, depresión, hasta la aceptación de su rol de enfermo, implicando una adaptación a la enfermedad. Ante un padecimiento crónico puede darse un primer paso de salud a enfermedad y un segundo paso de convivencia con la enfermedad en un proceso activo de adaptación a las nuevas circunstancias.

El sujeto enfermo dentro del propio contexto social tendrá una serie de limitaciones que le van a diferenciar, obviamente, de los individuos sanos, en cuanto a modo de vida. Va a suponer una serie de manifestaciones físicas, un tratamiento, un cambio en el estilo de vida que le encaminan a adaptarse a la enfermedad para seguir de nuevo con la trayectoria vital, pues, en todo caso, la cronicidad le supone una incapacidad indefinida que le resta integración funcional como persona (Kenny y Miguel, 1980). Partimos de la vivencia de una situación de normalidad en su proyecto de vida en que la enfermedad irrumpe, produciéndose una serie de cambios en sus actividades (Kaufman, Ajach y Waissman, 1990).

Estos cambios van a suponer una situación de ruptura de la estructura cotidiana que provocará un primer momento de confusión hasta que se produce la reorganización y se alcanza de nuevo el equilibrio.

#### **I.1.4.- El cáncer, una parte de nuestro estudio**

El cáncer está constituido por un tumor maligno que se caracteriza por una multiplicación anormal y desordenada de las células, las cuales tienen la característica de invadir los tejidos adyacentes (metástasis). El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los

tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis. Los factores sociales o de la comunidad pueden ayudar a las personas a adaptarse a la enfermedad grave o de prosperar en presencia de la adversidad. Abordaremos entonces la capacidad moduladora que tiene la resiliencia sobre la enfermedad oncológica. Siendo este estudio portador de las herramientas necesarias para llevar a cabo la intervención, siendo así, se considera importante abordar los elementos que permiten afirmar que el cáncer constituye un factor potencialmente dañino para la salud mental de la persona enferma, las distintas variables a tomar en cuenta ante esta situación y el papel que la resiliencia tiene en este momento tan crucial en el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos.

#### ***1.1.4.1.- Definición***

La neoplasia según Kumar, Cotran y Robbins (2003) es una masa anormal de tejido cuyo desarrollo es excesivo y desordenado en comparación con el tejido normal. Este crecimiento persiste aun después de suspender el estímulo que generó el cambio. Las neoplasias gozan de cierta autonomía y aumentan su tamaño de manera persistente, independientemente de las condiciones en donde se desarrollan y del estado nutricional del huésped. En líneas generales una neoplasia se refiere a un tumor, restringiéndose éste a una masa neoplásica que puede producir un incremento de tamaño sobre o dentro del cuerpo. Por su parte, la oncología clasifica las neoplasias en subgrupos de benigna y maligna, dependiendo de la conducta clínica que presente. El tumor benigno tiene características que se pueden considerar inocuas, lo que quiere decir que se encuentra localizado, no se disipa a otros sitios y en general puede ser extirpados quirúrgicamente y el paciente sobrevive. Por otro lado, se encuentran los tumores malignos, cuyo nombre genérico es cáncer, lo cual implica que la lesión puede invadir y destruir estructuras adyacentes, asimismo, puede disiparse a sitios distantes (metástasis) y provocar la muerte del paciente. Sin embargo, es importante acotar que no todo cáncer tiene un curso fatal, ya que si se diagnostica de manera temprana pueden tratarse con éxito.

#### ***1.1.4.2.- Estadios***

De acuerdo al American Joint Committée on Cancer (AJCC, 1997) es necesario un esquema de clasificación del cáncer que reúna las características del tumor y que a la

vez defina su historia de vida. Según la AJCC la clasificación está basada en la premisa que los cánceres cuyo sitio anatómico e histología es la misma, tienen igual patrón de crecimiento y extensión.

El sistema TNM es una expresión de la extensión anatómica de la enfermedad y está basada en la evaluación de tres componentes: El componente “T” corresponde a tumor primario, que, a su vez se divide en (a) “TX” en caso que el tumor no pueda ser evaluado, (b) “T0” correspondiente a sin indicios de tumor primario, (c) “TIS” o carcinoma in situ y (d) “T1”, “T2”, “T3” y “T4” equivalente a grados ascendentes de incremento del tamaño y extensión del tumor. Por su parte, “N” corresponde a nódulos, subdividiéndose en (a) “NX” lo cual significa que no se pueden valorar los nódulos linfáticos regionales, (b) “N0” en donde no hay metástasis del nódulo linfático regional y (c) “N1” “N2” y “N3” correspondiente a incrementos de nódulos linfáticos regionales. Por último, en el sistema TNM, se encuentra la metástasis distante o “M”, la cual se divide en (a) “MX” significando que la metástasis distante no puede ser evaluada, (b) “M0” en donde no hay indicios de metástasis distantes y (c) “M1” correspondiente a metástasis distante.

#### ***1.1.4.3.- Tratamiento:***

Según la Asociación Española contra el Cáncer (2009) y la American Cancer Society (2009) existen cuatro formas de tratamiento: cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia biológica, que incluye la hormonoterapia y la inmunoterapia. La cirugía es una modalidad terapéutica que persigue diferentes objetivos, siendo estos: preventiva, diagnóstica, curativa, citorreductora, paliativa y reparadora. Algunos efectos secundarios de las cirugías son el dolor, la infección, la hemorragia y la trombosis venosa profunda. La quimioterapia es una de las modalidades terapéuticas más utilizadas en el tratamiento del cáncer. Su meta es destruir las células tumorales con el fin de lograr disminuir la enfermedad, aplicando una gran variedad de fármacos. A los fármacos empleados en este tipo de tratamiento se les denomina fármacos antineoplásicos o quimioterápicos. Algunos efectos secundario que se pueden presentar durante dicho tratamiento puede ser alteraciones en el aparato digestivo, alteraciones de la Médula Ósea y alteraciones en cabello, piel y uñas. A su vez se encuentra como opción terapéutica la radioterapia, la cual es un proceso intermitente formado por energía que lleva asociado una onda electromagnética. La radiación incide sobre las células alterando su material genético, que controla la división celular. Algunos efectos

secundarios genéricos que se pueden presentar son cansancio, reacciones en la piel y caída del pelo. Sin embargo, de acuerdo al área irradiada se puede presentar mucositis, alteración de las glándulas salivares, infección por hongos, alteraciones dentales, pérdida del gusto, dificultad para tragar, dificultad respiratoria, diarrea, náuseas y vómitos, pérdida del apetito y peso y molestias para orinar. La hormonoterapia es un tratamiento dirigido a modificar la producción o impedir la acción de estrógenos o testosterona sobre los órganos diana. Su meta es reducir o eliminar el tumor mejorando la supervivencia y la calidad de vida. Los órganos que son tratados bajo esta modalidad son los que están afectados por tumores hormonodependientes. Algunos efectos secundarios físicos que este tratamiento puede tener son síntomas digestivos, como náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento entre otros.

Por último, la inmunoterapia es un conjunto de estrategias terapéuticas que busca estimular al sistema inmunológico para rechazar y destruir tumores.

Datos epidemiológicos nos ofrecen la información de que el cáncer es la segunda causa de muerte en España. Existe aumento de la incidencia del cáncer a nivel mundial. (Martín, del Barco y Cruz, 2012). Se estima una incidencia de cáncer de 10,9 millones de casos nuevos al año. Como señala el Dr. Cruz (2012) el 25% de los cánceres suceden en Europa. El cáncer es una enfermedad que produce gran impacto psicológico, recuerda muerte, dolores, sufrimiento, mutilaciones e incurabilidad.

Además, despierta mecanismos de negación, pues impacta no sólo la propia enfermedad, sino también los tratamientos: cirugía, radioterapia, quimioterapia; y tras estudiar estrategias de afrontamiento ante el impacto psicológico del cáncer, el autor Bayés (1991) concluye que puede combatirse mediante la desmitificación del cáncer, el aprendizaje de relajación y a no anticipar situaciones, informando al paciente de forma que tenga más control sobre su enfermedad.

El diagnóstico de cáncer provoca siempre una gran incertidumbre, dependencia, un deterioro de imagen, alteraciones en el ámbito sociolaboral, sentimientos de soledad, pérdida de interés...y, como señala Centeno (1998), la información y la comunicación disminuyen claramente su miedo y su incertidumbre, apoyando su necesidad de seguridad, comprensión y consideración, que van a repercutir en una mayor satisfacción del paciente ante la atención recibida (Centeno, 1998).

Una buena comunicación permite el soporte emocional y la comprensión de sentimientos, obteniéndose confianza en el tratamiento, esperanza, reduciendo el sentimiento de soledad, en definitiva, se atenúa el impacto emocional; por lo que la información, es decir, la comprensión de la información y la comunicación médico-paciente son favorables en la práctica asistencial para satisfacer la necesidad de autoestima, interés, seguridad, etc. Existe un elevado porcentaje de fallecimientos por cáncer en todo el mundo. En España es la segunda causa de muerte. Debido al avance de los tratamientos y a la detección precoz aumenta la esperanza de vida de los pacientes afectos de cáncer, convirtiéndose entonces en una enfermedad crónica y se pretende que el enfermo conviva con su enfermedad y mantenga una adecuada calidad de vida. La comunicación con este paciente es una herramienta terapéutica de calidad que favorece adaptar la información a la situación de la persona enferma y facilita mecanismos para hacer frente al sufrimiento que le provoca la situación.

El estudio de la comunicación y por tanto el estudio de las necesidades de comunicación en estos pacientes ayuda a mejorar esta comunicación como instrumento terapéutico que ayuda a mejorar la calidad de vida.

#### **I.1.5.- La Psico-oncología como rama de la psicología.**

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente y debido a las implicaciones y los efectos físicos, psicológicos y sociales del cáncer ha surgido la Psico-oncología como una disciplina que intenta dar respuesta a los diferentes retos que plantea la atención al enfermo de cáncer, lo cual incluye aspectos emocionales, manejo del dolor y cuidados paliativos y de una u otra forma enfermedades crónicas. La diversidad de situaciones por las que debe atravesar el paciente durante la enfermedad, lo hacen vulnerable a desarrollar diferentes problemas psicosociales, que a su vez producen una disminución en su calidad de vida. Es por ello que la Psico-oncología se propone atender de forma integral al paciente, manteniendo una conexión directa con los diferentes especialistas en el área (Rodríguez y Real, 2007). Por lo tanto, esta especialidad provee al paciente y a la familia de las herramientas necesarias para un afrontamiento más adecuado de la enfermedad, a través de la promoción de la resiliencia entre otras técnicas. Partiendo que la Psico-oncología es una especialidad reciente y carece de un marco teórico propio.

Torrico, Santín, Villas, Menéndez y López (2002), proponen que una opción adecuada para enfrentar la intervención, y más específicamente, la investigación con pacientes oncológicos, podría ser a través del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), el cual estudia las variables que inciden sobre el paciente y que determinan la forma en cómo éste se adaptará a la enfermedad. Inicialmente, Bronfenbrenner (1979), propone la existencia de diferentes sistemas que, a su vez, se aplican para la Psico-oncología. En el nivel más próximo al individuo se encuentra el microsistema, compuesto por conductas, roles y relaciones de los entornos cotidianos de la persona, como el hogar, el trabajo y los amigos.

### **I.1.6.- Comunicación y oncología**

El cáncer avanzado supone sufrimiento, dado el impacto en la familia y el paciente. Es aquí donde realmente la comunicación inadecuada puede ser causa de fracaso anticipado de la atención al paciente, sin embargo, una adecuada información tiene su repercusión en el bienestar del paciente y mejora su situación (Sanz, 1992).

En un estudio que menciona la Dra. M<sup>a</sup> José Godoy Fernández (2000), sobre la valoración de la comunicación con los profesionales de la salud en enfermos oncológicos, manifestaron que no habían podido obtener toda la información de sus familiares, reiterando en el estudio la necesidad de técnicas de comunicación para los profesionales del hospital o de atención primaria que pueden hablar más con los cuidadores del paciente.

La información, por tanto, es un proceso continuo desde el primer contacto, y debe ser sustentado en un trato respetuoso y delicado, dando apoyo al paciente en la toma de decisiones, participando de forma activa cumpliendo el tratamiento, lo que redundará en la eficacia terapéutica (González, 1996).

La información, insistimos, es útil siendo terapéutica y ofrecida a la medida del paciente, de forma continuada, abierta, con posibilidad de control del sufrimiento y, en este sentido, al igual que piensan Barreto y Bayés (1992), es muy importante la comunicación no verbal, la forma de dirigirnos al paciente, el contacto físico, la cercanía, nuestro tono de voz, que, en conjunto, proporcionan bienestar al paciente. Por supuesto, esta comunicación también facilita el trabajo en equipo que atiende al paciente.

El diagnóstico oncológico plantea en la vida del paciente y de su familia una situación especial de pruebas, tratamientos agresivos, limitaciones físicas, cambios psicosociales, de hábitos de vida...En este contexto de enfermedad pensamos, al igual que describen González y Bruera (2003), que la comunicación entre médicos y pacientes es tan importante que de ella dependen los futuros cuidados del paciente, por lo que mejorando esta comunicación y comprendiendo los aspectos comunicativos se logrará disminuir el estrés psicológico propio de la enfermedad permitiendo un mayor afrontamiento e implicación en su tratamiento y control. La información dada al paciente debe proporcionarse en un contexto de comunicación de alta calidad. Las dificultades para informar sobre el diagnóstico y pronóstico pueden también alterar la comunicación (Benítez y Asensio, 2002), pudiendo producirse situaciones de falta de información o comunicación y por ello, debe entenderse el tipo de reacciones psicológicas para adaptar la comunicación e información al impacto de la enfermedad en la persona enferma.

La comunicación es una herramienta terapéutica que debe atender al paciente de forma holística atendiendo a sus aspectos psicológico, afectivo y espiritual y, mediante la información ofrecida en un contexto comunicativo adecuado, se facilita al sujeto la adaptación a la enfermedad eliminando incertidumbres y mejorando la atención. Como señala el Dr. Benítez (2002), sobre el proceso de información (qué se dice) y comunicación (cómo se dice) con el paciente, y dado que informar y comunicar no son sinónimos, ya que la información es dar a conocer, y forma parte de la comunicación, en este contexto de información-comunicación, la comunicación, además, tiene en cuenta al otro, se establece una relación de expresión con valor terapéutico donde la escucha activa, empatía y el respeto priman en la relación.

Comenta Centeno (1998), que a la hora de comunicar malas noticias o el diagnóstico se debe ver la comunicación no verbal del paciente lo que dice y lo que no nos dice antes de informar ver la actitud del paciente.

Problema al comunicar un diagnóstico de cáncer es un aspecto de la comunicación y muy delicado que el médico debe atender y valorar individualmente para dar esa noticia. Es importante para cubrir las necesidades del paciente el saber comunicar e informar.

## **I.2.- LA COMUNICACIÓN**

### ***Introducción***

En todo proceso de comunicación existen unos objetivos comunicativos, y en este sentido vamos a considerar el contexto del impacto de pérdida de salud como una situación tan específica que de una adecuada estrategia de verdadera comunicación puede derivarse una buena o mala adaptación al tratamiento o a la enfermedad y por tanto en la calidad de vida del paciente.

La comunicación para la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) es considerada como recurso terapéutico. Se considera que mejora la calidad de vida del paciente y proporciona bienestar, confianza, autoestima, adherencia al tratamiento y control de síntomas.

Estudios en el Hospital General Universitario de Valencia (SEOM, 2006) en su presentación del Manual de Comunicación en Oncología demostraron que no se estaba ofreciendo una comunicación de calidad ya que en el 75% de los casos los pacientes no recordaban su diagnóstico y, según afirma Carlos Camps en dicho Manual, los enfermos no recordaban lo que el médico les informa, considerando la importancia de que el profesional debe prepararse más en este tema para su labor asistencial, incluso señala el Dr. Camps que esa falta de comunicación puede suponer un aumento de tratamiento, falta de control de síntomas y secuelas psicosociales.

También ocurre en otras enfermedades generando coste emocional al paciente por lo que la atención psicológica o buena comunicación ahorraría también en costes monetarios (Arrighi, 2007).

En el artículo del Dr. Bellón (2001) nos habla de estudios sobre comunicación médico-paciente en los que se constata su influencia en la calidad asistencial así como en la satisfacción del paciente y un resultado directo en la salud. Podemos señalar los ensayos controlados con grabaciones de entrevistas médico-paciente de Kaplan, Greenfield y Ware (1989), que demostraban objetivamente que una buena comunicación estaba estrechamente relacionada con los resultados de salud medidos objetivamente con medidas de presión arterial y escalas de estado funcional. Factores como la disponibilidad para resolver sus dudas, capacidad de escucha, de información y de entender su sufrimiento son aspectos de la comunicación, comprobando además en



estudios que una mejor comunicación centrada en el paciente hacía percibir una mejora de la salud.

Las habilidades de comunicación del médico mejoran la salud del paciente que percibe más resolución de su proceso de enfermedad, así como una participación en su proceso y toma de decisiones. Una vez más se demuestra una mayor adherencia al tratamiento y percepción de salud y control sobre su enfermedad, es decir, que el médico que empatiza, explora las necesidades y expectativas del paciente aumenta la implicación del paciente y su bienestar.

Algunos autores (Martín, Sarmiento y Ramírez, 2014; Ugarte, 2008) evidencian la importancia de la comunicación del profesional con el paciente para la mejora de la calidad de la atención. Identifican aspectos de la comunicación del profesional que inciden en la calidad de la atención a largo plazo en pacientes con enfermedad crónica o discapacidad y sus familias, según la experiencia de profesionales sanitarios. Se definieron aspectos específicos de la comunicación de los profesionales que pueden optimizar la calidad de la atención en salud, tanto en el manejo de la información, como en la relación con pacientes y familiares. Concluyen los autores que la comunicación en salud, para convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible, dada con acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamiento. Se debe incluir y dar participación a la familia en una toma de decisiones argumentada. Hablar de comunicación en salud implica referirse a una serie de interacciones que se dan en la relación profesional con los usuarios de los servicios sanitarios y contribuyen positiva o negativamente en la percepción de satisfacción de los mismos, como se evidencia en revisiones y estudios sobre el tema.

#### ***La importancia terapéutica de la comunicación***

Se ha comprobado la importancia de la comunicación como factor terapéutico en un análisis de datos secundarios de entrevistas cualitativas con 28 pacientes con cáncer, destacaron la importancia de la comunicación para ampliar el conocimiento que tiene el paciente y la familia sobre su historia de salud, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento; igualmente, señalaron la importancia de las actitudes de confianza, como aspectos clave en la relación médico-paciente (Song, Hamilton y Moore, 2012).

A su vez, Moore, Gómez y Kurtz (2012), con personal médico y de enfermería de los servicios de oncología médica y radioterapia, estudiaron las dificultades de comunicación entre profesionales y pacientes con cáncer. En dicho estudio destacaron los aspectos clave para mejorar la comunicación con los pacientes, como la formación del profesional en habilidades para dar información veraz pero sin generar expectativas falsas, crear un clima de confianza y solidaridad, usar un lenguaje asequible, tener en cuenta las necesidades de información de la familia, dedicar el tiempo suficiente y utilizar un protocolo de atención consensuado por el equipo de profesionales. Se evidencia la necesidad de identificar las áreas o las dimensiones de la comunicación, para dar una organización a la diversidad de los temas y aspectos que pueden estar incluidos en una noción tan compleja como la comunicación en salud y avanzar en instrumentos que permitan la evaluación y optimización de la interacción de los equipos profesionales con los usuarios en programas de atención a largo plazo. Los resultados se agruparon por categorías: la categoría comunicación de contenidos e incluye la información acerca del proceso de diagnóstico e intervención y la categoría de relación profesional con registro de la interacción entre los distintos profesionales, la persona en tratamiento y su familia. En la comunicación de contenidos como recurso terapéutico dependió de que el profesional tuviera el entrenamiento y la habilidad para proporcionar u obtener la información necesaria, actualizada y exenta de especulaciones o detalles excesivos. Igualmente, que la información se diera en un lenguaje comprensible para los interlocutores y fuera verificada su comprensión; que la información tuviera correspondencia con la evaluación e intervención, fuera oportuna y cumpliera con el propósito de lograr que el paciente y su familia obtuvieran conocimiento para afrontar el proceso de salud-enfermedad. La comunicación también incluía una adecuada información del pronóstico: éste debía ser dado haciendo una distinción entre el curso posible de la enfermedad o discapacidad, que el profesional pudiese anticipar a partir de la evidencia científica, y la evolución clínica, que podía variar según diferencias individuales físicas, psicológicas y sociales. En la relación profesional se requirió del manejo de las expresiones emocionales. Se deberían posibilitar, en la interacción entre profesionales y familias, la participación y la colaboración mutua. Esto precisaba un contexto adecuado, con suficiencia de los tiempos y medios para los encuentros con la familia. Igualmente, se requirió de un proceso educativo que facilitase el ajuste y la aceptación de la condición clínica y así lograr adherencia al tratamiento. Además de la información sobre el pronóstico y la evolución, las personas necesitaban conocer por

qué se había elegido una ruta determinada de intervención y qué iba a implicar para su vida cotidiana. En la elección del tratamiento, era importante permitir los desacuerdos y ser flexibles a los cambios, si se presentaban razones suficientes, a fin de respetar la autonomía.

*La importancia de la formación de profesionales*

Por tanto se precisa un entrenamiento de los profesionales ya que no hay un entrenamiento previo suficiente en habilidades de comunicación; aunque estas habilidades se perfeccionen con la práctica esta formación sería necesaria en la universidad. Las consecuencias de la insuficiencia en la información sería la falta de adherencia, seguimiento inadecuado de instrucciones, reingresos, complicaciones en el cuadro clínico o subutilización de los equipos y técnicas de intervención.

En el estudio descriptivo de Ferreira, Ferrández, Baleriola, y Almeida (2015), realizado en todas las Facultades de Medicina españolas sobre la competencia en comunicación en el currículo de Medicina enfocado a analizar la docencia en habilidades de comunicación, valorando si existían esas asignaturas, tipo de docencia, créditos, duración y curso, y obteniendo que el 71,43% de las Facultades de Medicina presentaron una materia sobre habilidades de comunicación, el 78,12% lo impartían en la Universidad Pública, la media de créditos es de 2,77 y se impartía en el 63,63% durante el primer ciclo, en el segundo curso de Medicina, por lo que concluyen los autores que ha aumentado el número de créditos en esta competencia, porque es un tema que preocupa y genera calidad en la atención al paciente, y se intenta su integración en todas las Facultades de Medicina, dado que se ha activado la conciencia de la importancia de la comunicación y habilidades de comunicación con el paciente, y además proponen la conveniencia de reforzar esta competencia en el último curso de Medicina.

La información necesaria según los autores Moore et al., (2012) del estudio sobre la condición de salud-enfermedad se debe proporcionar de forma completa sobre el diagnóstico y sus implicaciones (limitaciones, adaptación, inclusión al medio, pronóstico de curación o recuperación), así como las alternativas de tratamiento y las pautas para el manejo doméstico. Con respecto al pronóstico, es importante explicar a las personas y sus familias la diferencia entre una presunción sobre la probable evolución de la condición de salud, basada en la evidencia, y la posibilidad de que esto no se cumpla en sentido estricto y siempre acompañada de las alternativas posibles.

Lograr la comprensión y aclarar dudas acerca de las características de los procesos clínicos adaptando el lenguaje al nivel educativo de cada paciente y familia; es importante usar estrategias para verificar la comprensión e identificar dudas en las personas atendidas, tales como pedirles que lleven un registro escrito, brindar más instrucciones sobre aspectos que pueden ser difíciles de entender o preguntar directamente sobre lo que entendieron. Enfatizan la comunicación no verbal ya que los profesionales, a través de la comunicación no verbal, pueden mostrar emociones y actitudes que son confusas para las personas; los pacientes y los familiares buscan indicadores de lo que está sucediendo y pueden interpretar estas señales frecuentemente de manera errónea. Es muy importante la comunicación no verbal porque lo que la persona no expresa con palabras lo está expresando con su cuerpo. La incomodidad, el impacto emocional que están teniendo mis palabras en ti, la importancia que tú le estás dando se comunica también a través del cuerpo y los gestos.

Se deben estudiar las reacciones emocionales de la familia frente al diagnóstico y la intervención, aceptando la expresión emocional del paciente y la familia, no controlarla o evitarla; al escuchar al paciente, se fortalece la confianza;

La actitud del profesional que asume actitudes de distanciamiento, superioridad y rigidez genera dificultad en las personas para expresarse o hacer preguntas. El profesional debe regular y observar sus propias emociones. Es conveniente que pacientes y familiares participen en la elección del tratamiento y en la toma de decisiones: debe involucrarse a la familia activamente, con reglas claras y delimitando sus requerimientos. Dar opciones de tratamiento, informando suficientemente sobre los riesgos o ventajas de realizar los procesos. Sin embargo, no es conveniente dar a las personas y las familias la elección plena del tratamiento, debido a que las expectativas de una recuperación total podrían interferir negativamente. Los autores del trabajo en su discusión reconocen en los profesionales que hay aspectos cruciales para una comunicación en salud adecuada, que van más allá de una transmisión de información técnica. Los resultados apuntan a la construcción de una relación colaborativa con pacientes y familiares, donde se dé un clima de confianza, aceptación y acompañamiento emocional, que permita la participación de las personas atendidas para hacer preguntas o argumentar sobre las opciones disponibles de tratamiento o afrontamiento, ya que, como se ve en estudios previos, una actitud más tranquilizadora y amistosa del profesional aumenta su efectividad. Los pacientes necesitan ser

reconocidos en sus necesidades, sentimientos, creencias y opiniones, para poder confiar más en el proceso de atención clínica, en especial cuando el diagnóstico y sus implicaciones conllevan un alto nivel de sufrimiento y preocupación, como es el caso de las enfermedades crónicas de alto impacto (Belén, Béjar y Campos, 2012).

Por esto, la no aceptación de las emociones puede conducir a actitudes de inhibición, a errores en el seguimiento de las instrucciones o a una toma de decisiones unilateral por parte de la familia, que ponga en riesgo el proceso de intervención clínica. Pero esto tiene su lado de reciprocidad: pacientes y familiares también pueden contribuir a una buena comunicación, haciendo preguntas, manifestando sus preocupaciones y llevando organizadamente un plan para seguir las instrucciones.

Es importante tener entrenamiento en comunicación, aclarar dudas y temores, verificar la comprensión de la información, utilizar métodos pedagógicos, utilizar un lenguaje comprensible, acorde a la comprensión de los usuarios, hacer acompañamiento emocional, lograr vinculación afectiva, modular actitudes negativas, comprender significados emocionales del lenguaje no verbal, centrarse en las necesidades del paciente, modular las emociones del profesional, reconocer actitudes derivadas del rol, tener disponibilidad y disposición para la atención

Respecto a la resiliencia, argumentando las opiniones y alternativas, haciendo una mediación de puntos en conflicto, según Walsh (2004), se logra la participación en la toma de decisiones. Identificar la influencia del contexto familiar, considerar las creencias y costumbres familiares, dar entrenamiento a la familia sobre los procedimientos, disponer de espacios adecuados, recursos y tecnología requeridos de acuerdo con las enfermedades y niveles de atención, usar medios de comunicación a distancia, tener consenso profesional y apoyarse en el profesional adecuado facilita dar un enfoque integral a la intervención (Enria, Fleitas y Staffolani, 2010; Sánchez, Sánchez, J. y López, 2008).

En otro estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional (Sánchez, Sánchez, J. y López, 2008), identifican características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y descubrir mecanismos de mejora y perfil docente deseable para la implantación de una línea estratégica de formación. Realizan un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo desarrollado entre septiembre de 2006 y julio de 2007 a iniciativa de la Dirección

General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Murcia, España, y obtienen como resultados que es preciso potenciar cambios de actitud y adquirir herramientas para la adecuada atención de situaciones cotidianas. También es necesario replantear temas y enfoques, definir el perfil de los docentes y desarrollar mecanismos de colaboración y motivación. La formación en comunicación asistencial e interprofesional es fundamental aunque escasa, autodidacta, poco estructurada y generalista. Presenta dificultades relacionadas con la asistencia, la difusión y el reconocimiento. Concluyen los autores que una línea estratégica de formación en comunicación debe fundamentarse en una perspectiva humana. Su integración debe ser asumida por la institución y ser universal a partir de los intereses y las necesidades sentidas y expresadas por los profesionales y los ciudadanos.

Entre las competencias más relevantes de un profesional de la salud, se encuentra una adecuada capacidad de comunicación en el ámbito asistencial e interprofesional (Cleries, Nadal y Branda, 2006), para que influya en la satisfacción de profesionales y pacientes (Pujiula et al., 2006), en el cumplimiento terapéutico, la prevención de conflictos, la mejora de los resultados clínicos y la eficiencia de los servicios sanitarios (Peña y Comín, 2007).

Las denominadas “entrevista clínica”, “comunicación centrada en el paciente” o “entrevista motivacional”, entre otras, son instrumentos valiosísimos para comunicar, educar, diagnosticar, tratar y asesorar a los pacientes (Cleries, Nadal y Branda, 2006). Sin embargo, comentan los autores del artículo que pierden gran parte de su valor cuando se utilizan de forma meramente instrumental, utilitarista o excesivamente tecnificada y deshumanizada. De manera que resulta necesario que su uso sea conforme a un modelo que les aporte sentido, orientación, finalidad, un contexto específico donde desarrollarse y una permanente revisión de su aplicación metodológica.

Por otro lado, las habilidades de comunicación en general y la práctica de la orientación familiar, entre otras (Rodríguez, 2003), cuando se desarrollan de forma pertinente, coherente y con una valoración ética, aportan valor al manejo de situaciones críticas, a la gestión de la demanda o a la prevención del desgaste profesional (Rodríguez, 2003).

Concluyen los autores que la situación actual de la formación en comunicación asistencial se percibe con los términos “escasa” y “autodidacta”, con acciones

formativas generalmente puntuales, poco estructuradas y en torno a la comunicación en general y la atención a la familia en particular. Asimismo se nos presentan diferenciadas por categorías profesionales (médicos, enfermería, etc.) y niveles (programas MIR - médicos internos residentes- y programas de formación continuada). Por otro lado, la participación en ellas es en general constante: asisten las mismas personas, de las mismas categorías profesionales y con interés reconocido sobre el tema. No obstante, su valoración es generalmente muy buena. Aporta este estudio que una adecuada capacidad de comunicación comporta una de las competencias profesionales más importantes y supone una herramienta fundamental para el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.

La formación es un método óptimo para la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la aprehensión de actitudes y valores positivos en torno a la comunicación. Para un adecuado planteamiento formativo en comunicación se debe partir de las concepciones, creencias, expectativas, necesidades, intereses y dificultades de los destinatarios, así como del contexto. Una aproximación al estado actual en nuestro medio de la formación en comunicación asistencial e interprofesional (características, dificultades y necesidades) a través de los testimonios de profesionales clave.

Se hacen propuestas de mejora de la formación en comunicación asistencial e interprofesional a través de orientaciones para superar las dificultades, responder a las necesidades y planificar adecuadamente las líneas estratégicas, planes y actividades concretas de formación en esta materia.

Señalan también dificultades de la formación en comunicación interprofesional relacionadas con la rigidez de los mecanismos de comunicación entre profesionales, centros asistenciales e instituciones. También un escaso reconocimiento entre los profesionales de la necesidad de este tipo de formación, lo que repercute en la participación en estas acciones formativas. Necesidades a las que dar respuesta desde la formación en comunicación.

Desde el plano asistencial, la formación en comunicación debe propiciar un cambio de actitud hacia la concepción del paciente como centro del sistema sanitario, principalmente asegurando que comprenda la información que se le brinda. Del mismo modo, aportar instrumentos y técnicas para manejar de manera coherente y homogénea las situaciones problemáticas o los momentos de crisis: especialmente procesos de

duelo, atención a pacientes difíciles o agresivos, ofrecer información y dar malas noticias.

Desde la perspectiva interprofesional, ofrecer oportunidades de trabajo en equipo, potenciar el carácter multidireccional de la comunicación y una perspectiva más humana en el trato y el apoyo a los compañeros.

Desde el punto de vista personal, aportar argumentos sólidos para reconocer la comunicación como una herramienta útil. Asimismo, desarrollar la capacidad para detectar, en la mayoría de los problemas cotidianos, la naturaleza comunicacional y de valores; la destreza para reconocer la necesidad de habilidades de comunicación: apertura, diálogo, empatía y escucha y las habilidades para trabajar los propios sentimientos: sufrimiento, incertidumbre, prejuicios y reconocimiento.

En cuanto a la atención a la familia, es adecuado brindar recursos útiles para transmitir información y comunicarse adecuadamente con las familias: valorar sus necesidades y problemas, saber escucharlas y ayudarlas, interpretar sus vivencias y acompañarlas en la adquisición y la gestión de su propia autonomía y sus recursos.

La respuesta a las necesidades de formación en comunicación para atender a estos requerimientos recomienda replantear los temas, las estrategias y los enfoques que se adoptan potenciando la colaboración en los propios centros y entre ellos y la motivación de los profesionales. Concluyen que es aconsejable tener un perfil docente en la formación en comunicación. En este tipo de formación, los docentes han de ser profesionales con una adecuada formación, experiencia y hábito de comunicación. Deben compartir las mismas condiciones de comunicación e implicación en el trabajo que los destinatarios (mismas situaciones y dilemas, aunque habiendo aprendido a resolverlos y transmitirlos a los demás).

Los autores proponen una línea estratégica de formación en comunicación con los objetivos de: a) integrar la comunicación en el desempeño de la profesión; b) institucionalizar la comunicación; c) establecer la obligatoriedad de formación en comunicación; d) fomentar la comunicación como tema de actualidad; e) universalizar la comunicación evitando su departamentalización y orientándola a todas las categorías profesionales; f) considerar las necesidades y los intereses de profesionales y usuarios; y g) fundamentar la comunicación en la ética, la legalidad, el respeto, el reconocimiento de los logros.



Los temas que tratarían en las acciones formativas son del tipo de

- ✓ Estrategias.
- ✓ Enfoque.
- ✓ Comunicación entre centros.
- ✓ Comunicación en el centro.
- ✓ Motivación.
- ✓ Procedimientos.
- ✓ Habilidades de negociación y toma de decisiones.
- ✓ Estrategias de mejora de la comunicación.
- ✓ Clarificación de modelos comunicativos.
- ✓ Procedimientos de intercambio de información específicos y explícitos que incluyan protocolos de actuación.
- ✓ Protocolos de seguimiento de la información.
- ✓ Espacios de comunicación reglados y sistemáticos (ejemplo de sesiones clínicas).
- ✓ Mapas de incidentes críticos.
- ✓ Historias de valores y dinámicas de autogestión del trabajo.
- ✓ Rotaciones específicas por diferentes consultas.
- ✓ Reconocimiento de las dificultades y habilidades propias de comunicación (p. ej., asertividad).
- ✓ Incentivos.
- ✓ Metodología.
- ✓ Didáctica.
- ✓ Aspectos emocionales y de actitud de la vida personal en sintonía con la profesional.
- ✓ Plan institucional para la mejora de los circuitos de comunicación entre centros.
- ✓ Plan de formación que imprima continuidad y diferentes niveles de profundización (itinerarios).
- ✓ Perfil de conocimientos teóricos y habilidades técnicas, fundamentadas en argumentos y condiciones de la práctica.
- ✓ Aprendizaje centrado en el profesional, práctico, significativo, interactivo y transferible.
- ✓ Combinación de talleres y grupos reducidos, supervisada por expertos para trabajar conocimientos, habilidades y actitudes.
- ✓ Partir de los conocimientos previos de los participantes.
- ✓ Empatía como estrategia didáctica principal.
- ✓ Modalidad presencial y online.
- ✓ Respeto y reconocimiento de los derechos.
- ✓ Cuerpo de conocimientos y lenguaje común consensuado y fundamentado en principios básicos: saber escuchar y empatía.

Según estos resultados y los obtenidos por otros estudios en este mismo sentido (nuestro propio estudio), se precisa promocionar actividades de formación en comunicación como elemento fundamental de las relaciones en el ámbito asistencial e interprofesional, sobre todo atendiendo a las creencias y actitudes de los profesionales sanitarios respecto a usuarios, pacientes, compañeros, jefes y subordinados. Resulta de vital importancia abordar situaciones cotidianas y de relación desde una perspectiva más humana. Asimismo resulta imprescindible no sólo reconocer la necesidad de adquirir habilidades de comunicación, sino comprender, aprehender y asumir los modelos emergentes de ellas. Para ello proponen utilizar aprendizajes progresivos continuos, integrados y transferibles a la realidad confeccionando un perfil unitario de

---

conocimientos, habilidades y lenguajes de comunicación y atendiendo a aspectos axiológicos (González et al., 2008).

Se hace necesario construir una línea estratégica de formación en comunicación fundamentada en una perspectiva humana que impulse la integración de la comunicación en la profesión, su institucionalización y universalidad a partir de los intereses y las necesidades sentidas de los potenciales asistentes.

#### ***Los resultados***

Como todo estudio se debe mostrar cierta prudencia a la hora de generalizar los resultados debido a las limitaciones del estudio en cuanto a la escasez de la muestra y la ausencia de sujetos relevantes de otras categorías profesionales (residentes, personal de administración o servicios de apoyo), sin embargo, los resultados son una aproximación a la realidad estudiada, que se completará posteriormente con entrevistas en profundidad y consulta a expertos comunicadores. En este sentido, constatan la necesidad de seguir ampliando los horizontes de investigación hacia la clarificación de las relaciones de comunicación en el ámbito asistencial e interprofesional, en la comprensión del fenómeno de la comunicación en la realidad, en los modelos que inspiran las actividades de formación y la praxis docente que se lleva a cabo en ellas.

#### ***Las habilidades del comunicador***

Las habilidades comunicacionales son parte del quehacer de un buen médico. Existe evidencia consistente que permite apoyar la docencia de comunicación efectiva en medicina. En el artículo de Moore, Gómez y Kurtz (2010), se describe cómo la comunicación médico-paciente se diferencia de otras competencias en medicina y el desarrollo de la docencia en comunicación en una escuela de medicina en Chile. Se describen las premisas necesarias de considerar en la planificación de la docencia en comunicación en el pregrado y cómo estas incidieron en el desarrollo de la docencia de las habilidades comunicacionales en nuestro currículo de pregrado.

Los programas de educación médica deberían incluir en todo nivel curricular, la enseñanza de la comunicación médico-paciente. Al diseñar la malla curricular es importante considerar cómo se aprenden las habilidades comunicacionales y utilizar diversas formas de observación de la entrevista médico-paciente para facilitar el aprendizaje. En los años 70, comentan los autores (Moore, Gómez y Kurtz, 2010), que las competencias clínicas básicas de un médico incluían solamente tres elementos:

conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos. Las habilidades comunicacionales estaban ausentes de esta lista. La mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata, propia del profesional, que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. publicando un informe especial sobre comunicación médico-paciente, en el cual concluyó que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes la eficacia de la comunicación en medicina y el apoyo que han otorgado dichos resultados en la práctica. Aunque ya se contaba con evidencias sustantivas desde hace unos 40 años, la mayoría de los estudios datan de las últimas 2 décadas y han configurado una sólida base de evidencia científica, gracias a la cual se han determinado las habilidades indispensables para una comunicación efectiva y se ha establecido de manera fehaciente que pueden ser enseñadas y por lo tanto aprendidas. El segundo factor fue la aparición de métodos que facilitan la observación de las entrevistas médicas: la filmación, la utilización del espejo unidireccional y el uso de pacientes simulados en la docencia. Estos métodos han permitido mejorar tanto la investigación como la enseñanza y la evaluación en esta área.

Así, actualmente la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Europa incluyen dentro de la formación de pregrado un entrenamiento formal de las habilidades de comunicación de sus estudiantes, (Association of American Medical Colleges, 1999) a cargo de profesores que son, muchas veces, médicos familiares (Ruiz, 2003).

#### *El problema de la formación en diferentes países hispanos parlantes*

Poco se ha publicado en el mundo de habla hispana sobre la enseñanza de la comunicación médico-paciente durante los estudios de pregrado. En España, por ejemplo, la dimensión comunicacional de la profesión médica no ha sido implantada por las universidades como un área integral del currículo (Cleries, Nadal y Branda, 2006). El desarrollo de la docencia ha sido focalizado a un nivel de posgrado a través de asignaturas optativas o de libre elección (Ruiz, 2003).

En otros países hispano-parlantes, a pesar de que tanto los docentes como los estudiantes han demostrado interés por la comunicación médico-paciente, poco se ha visto reflejado en el currículo (Cleries, Nadal y Branda, 2006).

Las universidades chilenas empezaron a interesarse en la enseñanza de la comunicación en medicina relativamente tarde, en los años 1990. Es así como la enseñanza formal de las habilidades comunicacionales fue incorporada al currículo de pregrado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 1996 y por la Universidad de Chile en el año 2000.

El desarrollo incipiente en el mundo hispano-parlante de docencia de comunicación en el pregrado hace prioritario reflexionar acerca de cuál es la forma más efectiva de enseñar la relación médico-paciente en su medio. En este artículo se presenta en primer lugar, las particularidades de la enseñanza de comunicación en medicina que hacen que su aprendizaje sea diferente al de otras áreas del currículo, presentan su experiencia de 15 años como docentes de pregrado en el aprendizaje de habilidades comunicacionales y el aprendizaje formal en comunicación en el currículo actual de pregrado. Las particularidades de la enseñanza de comunicación en medicina que hacen que su aprendizaje sea diferente. La competencia comunicacional se diferencia de las otras competencias en medicina, el aprendizaje de la comunicación presenta diferencias con otras competencias médicas. A diferencia de lo que ocurre con la anamnesis o el examen físico, por ejemplo, donde los estudiantes de primer año comienzan de cero o de un nivel de competencias muy básico, la comunicación la vienen practicando por años, se puede decir desde que nacieron, y, por lo tanto, ya tienen «algún grado» de destreza.

#### *La motivación en el aprendizaje y sus estrategias*

El factor motivador de estar aprendiendo algo completamente nuevo parece estar menos presente en el área de comunicación. La comunicación es una competencia clínica básica. La comunicación es algo que el estudiante ha practicado desde el momento de nacer. El aprendizaje no comienza de cero, sino de diferentes niveles en diferentes estudiantes. Las habilidades comunicacionales aprendidas en su vida antes de entrar a la escuela de medicina requieren adaptación para la relación médico-paciente. Aprender sobre comunicación está más relacionado al concepto de sí mismo del estudiante y de su autoestima que otras competencias. El nivel alcanzable es infinito: no se llega a ser «experto» en comunicación, nadie podrá decir lo sé todo. La comunicación en medicina es una serie de habilidades aprendidas. No es un rasgo de personalidad sino que todos pueden aprender.

Requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia. La sola experiencia suele ser una mala profesora. Requiere una enseñanza teórico-práctica y

didáctico-experiencial. El reflexionar mediante una retroalimentación específica sobre su conducta observable permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional, es, tal vez, una de las razones por la que los estudiantes no se entregan de igual manera a la práctica de habilidades de comunicación que al aprendizaje, por ejemplo, sobre cómo palpar un hígado. Deben adaptar su comunicación a la relación médico-paciente. Es un aprendizaje de habilidades. No hay recetas rápidas para mejorar la relación médico-paciente. Comunicar a un nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas y aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas es una tarea de toda una vida.

La comunicación efectiva en medicina es una serie de habilidades aprendidas o, como algunos dicen, un conjunto de procedimientos que tienen como fin mejorar el cuidado del paciente. Para ser «efectiva» el médico debe centrarse en habilidades específicas y no sólo en una vaga noción de cómo mejorar la comunicación en general. Es una comunicación profesional y debe ser practicada. Los autores señalan la diferencia entre resolver los problemas médicos y la atención al paciente que va más allá del proceso de diagnosticar y al ejercicio de su competencia de resolución de problemas para establecer el vínculo médico-paciente (Alonso y Kraftchenko, 2003; Sogi, Zavala, Olveros y Salcedo, 2006).

El aprendizaje de comunicación efectiva requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia. Se considera que 5 elementos serán necesarios en ésta: definición y delineamiento sistemático de las habilidades; observación de los estudiantes ejecutando sus habilidades; feedback o retroalimentación; práctica o ensayo de las habilidades; evaluación.

Aprenden observando una filmación de la entrevista y permite que la observación se desarrolle no solo de manera más discreta, sino también menos invasiva. Además, el uso de pacientes simulados permite moldear la relación médico-paciente con fines docentes, por ejemplo, interrumpiendo, repitiendo la entrevista o representando situaciones difíciles.

Estructurando la observación usando una guía permite reconocer, nombrar y describir las habilidades comunicacionales utilizadas por el entrevistador (Moore y Gómez, 2007).

El reflexionar mediante una retroalimentación entregada en forma específica sobre sus conductas observables permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional. Por otro lado, si la entrevista ha sido grabada, el entrevistador puede observarse a sí mismo, lo que constituye una potente herramienta para el autoaprendizaje y la autoevaluación.

Aprendizaje sobre comunicación médico-paciente que continúa con el uso de role-play entre los estudiantes, usando casos creados por el docente. El resultado de esta experiencia fue que se logró una estructura más clara para las sesiones, y permitió a los estudiantes practicar sus habilidades y recibir retroalimentación de los docentes y sus pares. No obstante, la resistencia persistió en los estudiantes. En parte debido al pánico escénico descrito cuando las metodologías nuevas y experienciales son introducidas en escuelas de medicina. El buen modelaje de entrevistas centradas en el paciente sigue siendo escaso y la docencia de habilidades comunicacionales durante las rotaciones clínicas sigue estando en segundo plano.

Todos quienes se dedican a la medicina clínica deberían ser capaces de poner en práctica las habilidades comunicacionales como una herramienta facilitadora de la relación con sus pacientes. Promover el aprendizaje de habilidades efectivas es una tarea importante y necesaria en la docencia de pregrado y postgrado. Se requiere ejercer la docencia en pequeños grupos y el uso de metodologías innovadoras que permitan la observación estructurada de las entrevistas. Para que esto sea una realidad es necesario que el entrenamiento de esta competencia se extienda a los residentes y a los médicos clínicos, especialmente a aquellos docentes que son modelos para los estudiantes en formación. Es un desafío no quedarse en niveles superficiales y promesas sino, por el contrario, alcanzar niveles profesionales en la competencia relacional.

Tener en cuenta las expectativas del paciente, el abordaje psicosocial y el control de la comunicación del profesional, un plan de entrenamiento en habilidades comunicativas, un saber escuchar, empatía y resolver técnicamente el problema de salud, favorece la expresión emocional del paciente que correlaciona con una mayor percepción de calidad (Ballesteros, Sánchez, Fernández, Criado y García, 2010).

Un grupo de profesionales de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina en Toledo (España), también interesados en el tema de la comunicación hacen un estudio descriptivo de tipo transversal con el objetivo de conocer la información percibida por

el paciente tras consulta hospitalaria en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina, con pacientes mayores de 14 años remitidos a consultas externas del hospital de referencia. Se seleccionaron 96 pacientes, se comprobó la coincidencia entre la información percibida por el paciente, obtenida a través de encuesta telefónica, con respecto a la registrada en la historia clínica por el médico. Los resultados son que creían conocer el motivo de consulta 80 pacientes (94%). No recordaban cambios de tratamiento 4 pacientes (5%), ni consejo sobre hábitos de vida 2 pacientes (2%). Contrastando con historia clínica había 89% de coincidencia. No había diferencias significativas ( $p>0,05$ ) con edad, audición, número de visitas, tiempo, ni especialidades. Conclusión: La mayoría de pacientes comprendieron el mensaje transmitido por el médico, aunque convendría optimizar la comunicación para alcanzar el 100% de comprensión.

La comunicación, según la Real Academia Española (RAE) de la Lengua, es la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor, también se define como hacer saber a alguien algo. Para que se considere con éxito, el receptor ha de recibir e interpretar correctamente la información. En una consulta médica, tanto el profesional como el paciente ejercen de emisor y receptor, y es esencial para el abordaje de la posible patología, que la comunicación entre ambos sea correcta. Por ello, entre las competencias más relevantes de un profesional de la salud, se encuentra una adecuada capacidad de comunicación, que influirá en la satisfacción de profesionales y pacientes, el cumplimiento terapéutico, la prevención de conflictos, la mejora de los resultados clínicos y la eficiencia de los servicios sanitarios (Sánchez, Sánchez, J. y López, 2008; Nebot, Baques, Crespo, Valverde y Canela, 2005). Mientras tecnologías sofisticadas pueden ser utilizadas con fines médicos de diagnóstico y tratamiento, la comunicación interpersonal es el principal instrumento mediante el cual el médico y el paciente realizan el intercambio de información. Por tanto, parece que la correcta comunicación médico paciente es fundamental para el éxito de dicha relación.

Ballesteros, Sánchez, Fernández, Criado y García (2010), estudian si la comunicación médico-paciente es realmente efectiva, es decir, si el paciente comprende los puntos fundamentales del mensaje: cuál era el motivo de la visita y que recomendaciones le aconsejaron para intentar resolver su problema. En su discusión los resultados del estudio reflejaron que la mayoría de los pacientes había comprendido el

mensaje tal como lo quería transmitir el médico (89%), aunque es considerable que más del 10% de los pacientes no entendieron correctamente la información.

Conviene destacar que los entrevistados que fallaban eran de más edad, conviene insistir en aumentar la sensibilidad del profesional en transmitir de forma más accesible la información a los pacientes de más edad. Los problemas de audición o la carencia de estudios académicos del paciente no empeoraron la comprensión de la información, por lo que es probable que médico y paciente estuvieran realizando un esfuerzo exitoso por adaptarse a dichas carencias. Las diferencias de tiempo dedicado a la consulta no modificaron la comprensión correcta del mensaje, lo que podría indicar que en nuestro centro los tiempos estaban correctamente adaptados al problema a tratar en cada tipo de especialidad.

En estudios previos se ha registrado la importancia del trato y de la calidad de la información aportadas por el profesional en la satisfacción del usuario (Mas, Soló, Liceran y Riera, 2006).

En el trabajo de 2008 de Concepción et al., los pacientes definieron la humanidad del profesional como aquel que les escucha, informa y entiende sus dolencias; esta descripción integraría la comunicación adecuada en lo que los pacientes perciben como humanidad del médico, y que creen necesaria para una relación médico-paciente satisfactoria.

En los resultados, del estudio de Mas et al. 2006, aunque con diferente metodología, son comparables a los descritos en 2006 por Pérez et al., con un registro en el que solo el 23% de los médicos informaba siempre al paciente sobre el diagnóstico inicial y ascendía al 93% si casi siempre, el 7% sobre el pronóstico, y hasta el 64% sobre el tratamiento. Y sin embargo también es preocupante que más del 10% de nuestros pacientes no estaban correctamente informados.

Diversos expertos e instituciones, tanto internacionales como en nuestro país, subrayan la importancia y costo-eficiencia del consejo médico, en el caso del tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, falta de ejercicio físico y factores dietéticos. La mitad de los pacientes del estudio no eran conscientes de haber recibido consejo sobre sus hábitos de vida.

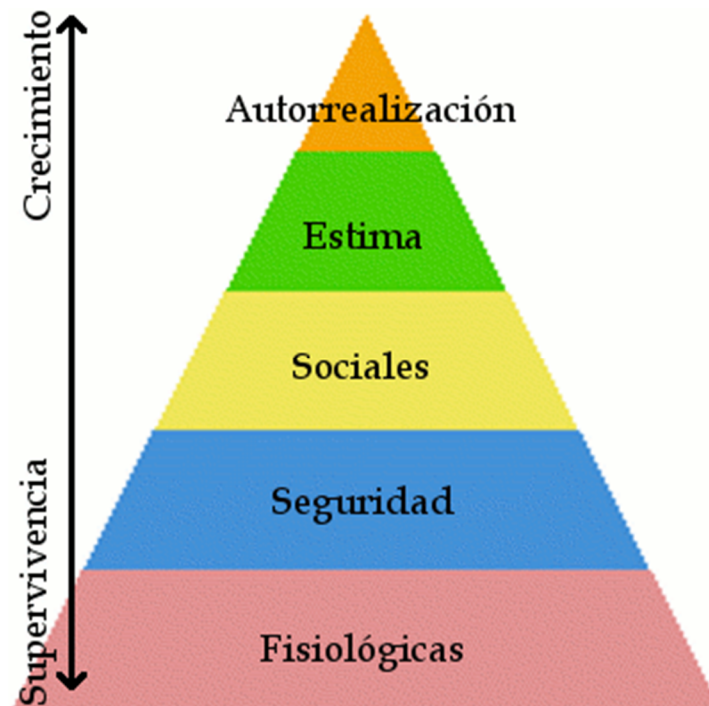


### **I.2.1.- La necesidad de la comunicación**

En 1943, Maslow formuló en su obra *A Theory of Human Motivation*, la teoría en la que define una jerarquía de necesidades humanas y argumenta que a medida que los individuos van satisfaciendo las necesidades más básicas, los individuos desarrollan necesidades y deseos más elevados.

Estas necesidades se agrupan en distintos niveles formando una pirámide. Las necesidades situadas en la parte superior de la pirámide sólo requieren nuestra atención cuando tenemos satisfechas las necesidades más básicas. Necesidades fisiológicas cubiertas harán pasar al individuo a necesidades de seguridad, a necesidades sociales compartiendo las aficiones de un grupo social.

El grupo social está formado por individuos que transmiten informaciones, comparten códigos culturales que facilitan la comunicación entre ellos. Son necesidades sociales, el hombre tiene la necesidad de relacionarse de agruparse formal o informalmente. Tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras. Una vez integrado socialmente deseará prestigio, es necesidad de toda persona de sentirse apreciado y culminado este deseo deseará autorrealización llegar a ser todo lo que uno se ha propuesto como meta.



**Ilustración 1. Pirámide de las necesidades de Maslow (1943).**

### **I.2.2.- Comunicación y salud**

En el contexto de salud, la comunicación ocupa un lugar importante. Requiere respeto, confianza y compartir. Los pacientes demandan habilidades técnicas pero también habilidades que le hagan sentir partícipe de su proceso y que fomenten el vínculo entre paciente-enfermo en las fases de su enfermedad y se sienta comprendido. García-Cerón (2009) señalan la importancia del psicólogo para identificar y trabajar los factores que influyen en la relación médico-paciente y mejorar.

Saber escuchar, informar al paciente, es decir, tener habilidades de comunicación, se puede aprender sustentado en actitudes como la empatía, confianza mutua y el respeto a los valores del paciente. Dado que la práctica asistencial se basa actualmente cada vez más en un modelo centrado en el paciente que participa en las decisiones sobre su propia salud, la manera de informar y comunicarse con el paciente cambia.

### **I.2.3.- Informar versus comunicar**

Informar no es fácil, informar sobre el diagnóstico de enfermedad oncológica es difícil por el halo que rodea a esta patología. Sin embargo, ya hemos comentado que

una información escasa puede ser una barrera en la comunicación en un momento en el que para el paciente compartir sentimientos y miedos es de gran importancia. Por eso, la comunicación, y no sólo la transmisión y aplicación de conocimientos adquiere importancia; de ahí que los profesionales deban prepararse formándose en habilidades de comunicación.

Una persona que pierde la salud se siente en situación de desamparo y cuando el diagnóstico es cáncer supone a mayores una experiencia de temor al diagnóstico, miedo al pronóstico, sufrimiento, dolor, incertidumbre y una serie de interrogantes ¿Por qué a mi?, ¿que pasará? ¿Qué he echo yo Andrés, 2005).

La comunicación nos permite relacionarnos con el paciente y considerarlo como un todo (Naranjo y Ricaurte, 2006), conocer su contexto, sexo, religión, nivel educativo y aspectos psicosociales que nos ayudarán a ayudarlo.

#### **I.2.4.- Características de la Comunicación**

La definición de comunicación puede realizarse desde su etimología. La palabra deriva del latín “*communicare*”, que significa “compartir algo, poner en común”. Por lo tanto, la comunicación es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo. La comunicación es el proceso que nos permite intercambiar información. Es una necesidad en la atención al enfermo, sirve de terapia, ayuda a mejorar la calidad de vida y exige una planificación.

Comunicar es un arte, nos permite conocer al paciente y cómo la enfermedad le ha afectado, lo cual nos servirá para ayudarlo en su proceso de adaptación, permite aumentar la participación y satisfacción del paciente, así como la adherencia al tratamiento, y ofrece a la relación médico-paciente un efecto terapéutico en sí mismo. En el proceso de la comunicación humana existen cuatro elementos: emisor, mensaje, receptor y canal de comunicación. El emisor codifica el mensaje, lo transmite al receptor y éste lo descodifica compartiendo pensamientos y sentimientos con el primero.

La comunicación puede realizarse mediante formas verbales y no verbales y ambas se complementan. En la comunicación verbal es importante un lenguaje inteligible y claro, pero hay que tener en cuenta que el 75% de la comunicación humana es no verbal y transmitimos mensajes mediante nuestra actitud, apariencia física,

expresión facial, movimientos de la cabeza, mirada, contacto físico y distancia del cuerpo. El paralenguaje es importante en la comunicación; el tono de la voz, su volumen e inflexiones se relacionan con el cómo se dice. Hay investigaciones que demuestran que el 40% de la comprensión del lenguaje se obtiene de la voz, un 53% de la postura, gestos y expresiones faciales del que habla, y tan sólo un 7% de las palabras. Existe una realidad, la comunicación es muy importante, puede ser centrada en el paciente o centrada en el médico pero lo cierto es que algo falla porque a menudo los pacientes se muestran insatisfechos lo cual puede influir en el afrontamiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento por lo que aumentan las quejas (Portillo, 2002). También es cierto que no hay programas de entrenamiento de estas habilidades. La comunicación centrada en el paciente al contrario que la centrada en el médico, le otorga poder de decisión compartida, de confianza y empatía.

Componentes comportamentales de los estilos de comunicación centrado en el paciente (CP) y centrado en el médico (CM).	
– Estilo de comunicación centrado en el paciente (CP)	– Estilo de comunicación centrado en el médico (CM)
– Involucra al paciente en la toma de decisiones	– No involucra al paciente en la toma de decisiones
– Permite al paciente expresar sus sentimientos	– No permite al paciente expresar sus sentimientos
– Utiliza un tono de voz cálido	– Utiliza un tono de voz seco
– Mantiene contacto visual con el paciente	– No mantiene contacto visual con el paciente
– Se sienta cerca del paciente	– Se sienta detrás del escritorio, distanciado del paciente
– Le pregunta al paciente sobre sus opiniones y sentimientos	– No le pregunta al paciente sobre sus opiniones y sentimientos
– Es fácil entenderle	– No es fácil entenderle
– Escucha al paciente	– Interrumpe al paciente
– Es empático con el paciente	– No es empático con el paciente
– Comprueba si el paciente entendió todo lo que han discutido	– No comprueba si el paciente entendió todo lo que han discutido

**Ilustración 2. Componentes comportamentales de los estilos de comunicación (Portillo, 2002).**

Una buena comunicación consta de tres elementos: el saber escuchar, o escucha activa mostrando respeto e interés, la empatía, es decir, ponernos en el lugar del que sufre identificando su emoción, y la aceptación en relación a su expresión de sentimientos. Según Sánchez (1998) una buena comunicación refuerza la autonomía, autoestima, seguridad, resolución de problemas, adaptación y colaboración del paciente, disminuye la ansiedad, reduce la intensidad de los síntomas, mejora las relaciones médico-paciente, colaboración y, sobre todo, aumenta la percepción del apoyo físico y psicosocial. Según el Dr. Sanz (1992) el aprendizaje de las técnicas de comunicación, capacidad de comunicación y de empatía, es vital para atender a los pacientes, fundamentalmente a los enfermos terminales, en los cuales, la comunicación, y en concreto la comunicación no verbal, ocupa un lugar relevante.

Teniendo también en cuenta la comunicación con la familia como clave para mejorar la atención al enfermo terminal, como los mejores cooperadores en el control de los síntomas. En Cuidados Paliativos, la comunicación es, junto con el manejo de síntomas, atención a la familia y alivio de sufrimiento, un pilar básico. Una buena comunicación por si misma hace que el paciente y la familia se sientan atendidos, comprendidos y acompañados. La comunicación informativa le da poder de control al paciente y a la familia, y nos permite atender a sus necesidades, prioridades, sus deseos y explorar sus miedos para intervenir de forma integral y disminuir su sufrimiento mediante su participación y una buena comunicación (Bayés, 1998).

#### ***1.2.4.1.-Las habilidades de comunicación***

Somos seres sociales, pasamos la mayor parte de nuestras vidas con otras personas. La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. La comunicación puede ser oral y escrita. Distinguiremos en la comunicación verbal la importancia de la comunicación no verbal mediante gestos del cuerpo y elementos paraverbales.

En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso.

- ✓ Emisor: La persona que emite un mensaje.
- ✓ Receptor: La persona que recibe el mensaje.
- ✓ Mensaje: Contenido de la información que se envía.
- ✓ Canal: Medio por el que se envía el mensaje.
- ✓ Código: Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- ✓ Contexto: Situación en la que se produce la comunicación.

### ***1.2.4.2.- Tipos de comunicación***

La comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal:

- ✓ La comunicación verbal se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).
- ✓ La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

#### ***La comunicación verbal***

- ✓ Palabras (lo que decimos).
- ✓ Tono de nuestra voz.
- ✓ Comunicación no verbal.
- ✓ Contacto visual.
- ✓ Gestos faciales (expresión de la cara).
- ✓ Movimientos de brazos y manos.
- ✓ Postura y distancia corporal.

Pese a la importancia que le solemos atribuir a la comunicación verbal, entre un 65 % y un 80 % del total de nuestra comunicación con los demás la realizamos a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí.

El estudio 7%, 38%, 55% realizado por Mehrabian y Ferris (1967) cuya principal finalidad fue investigar la interacción entre las palabras dichas, las expresiones faciales y el tono de voz. El resultado que esta experiencia mostró fue que la importancia de lo visual y auditivo fue significativamente superior a lo verbal (55% lo visual, 38% lo auditivo y 7% lo verbal).

### ***1.2.4.3.-Técnicas y estrategias de comunicación***

#### ***La escucha activa***

Un principio importante y difícil de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar. La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Elementos que facilitan la escucha activa:

- ✓ Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.

- ✓ Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).
- ✓ Elementos a evitar en la escucha activa:
- ✓ No distraernos.
- ✓ No interrumpir al que habla.
- ✓ No juzgar.
- ✓ No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- ✓ No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".
- ✓ No contar "tu historia" cuando el otro necesita hablarte.

***Habilidades para la escucha activa:***

- ✓ Mostrar empatía: Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de entender sus motivos. Es escuchar sus sentimientos.
- ✓ Parafrasear. Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir.
- ✓ Emitir palabras de refuerzo o cumplidos. Pueden definirse como verbalizaciones que refuerzan su discurso.
- ✓ Resumir. Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración.

***1.2.4.4.- Comunicación y calidad asistencial***

El paciente percibe calidad asistencial por parte de los servicios sanitarios y del profesional que le atiende cuando obtiene, o piensa que obtiene, unos resultados de salud favorables.

Existen indicadores de calidad en relación a la atención al paciente, su evaluación y el trabajo en equipo. Habilidad, sensibilidad, competencia, cortesía, credibilidad, comprensión, son conductas que afectan a la percepción de la calidad de la asistencia. Una vez más, la comunicación ocupa un lugar importante en la satisfacción del paciente, dado que la labor del sanitario es, por un lado técnica, pero por otro también interpersonal, es decir, se compone de aspectos técnicos y comunicativos.

El concepto de satisfacción puede cambiar por diferentes motivos propios del paciente, como la edad, nivel de educación, expectativas personales, etc. Existen estudios de satisfacción en los que se ha observado que, además de la duración de la consulta y competencia profesional, también las habilidades de comunicación del profesional, su disposición para consultar dudas y temores, la información que transmite y, en definitiva, la atención que presta a los problemas psicosociales, constituyen aspectos importantes que intervienen en la satisfacción del paciente; por lo que la gestión sanitaria haría bien en incorporar mejoras en la comunicación.

Por el contrario, se ha comprobado que aspectos que producen insatisfacción son, entre otros, la falta de información y problemas en la relación médico-paciente, es decir, problemas en la comunicación (Feliú, Beldo y Blanco, 2006).

En la población con cáncer ocurre lo mismo, hay pacientes satisfechos con la competencia profesional pero frecuentemente señalan que se debe mejorar la información y la comunicación (Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, 2010).

En Cuidados paliativos se considera, en cuanto al estudio de la satisfacción de los pacientes, además de la información y la comunicación como base para la relación, continuidad y seguimiento del tratamiento, las competencias para aliviar el dolor y el estrés, la valoración del acompañamiento de los familiares (Maderuelo, Carriedo, Serrano, Almaraz y Berjón, 1996).

Calidad de vida se consigue cuando el paciente va cumpliendo sus expectativas y tiene en cuenta el bienestar físico, psicológico, social, espiritual y control de síntomas.

Si el tratamiento paliativo supone mejorar o mantener la calidad de vida del paciente terminal, tiene también que tener en cuenta estos aspectos para su consecución.

El enfermo terminal tiene muchos síntomas cambiantes, múltiples e intensos, que le provocan gran impacto físico y emocional, y estas circunstancias psicológicas y físicas le producen una mayor necesidad de comunicarse de forma eficaz con los profesionales que le atienden y con su familia. Los profesionales deben prepararse para mejorar la comunicación con el paciente. Los pacientes terminales necesitan seguridad, comprensión, afecto...y descubrir esas necesidades y ayudarles le provocarán una mejor adaptación.

Lo importante es comunicarse eficazmente, que comprenda la información, y que se favorezca la expresión de sentimientos. La comunicación con la familia es vital para mejorar la atención del paciente tanto en cuidados físicos o psicológicos que realiza el cuidador. Existen una serie de temas que son importantes considerar al momento de tratar a un paciente con enfermedad terminal, estos pueden ser, problemas de comunicación, el manejo de temas difíciles y el paciente en la etapa final de su vida (Kidman, 2001).

En relación a la comunicación, los profesionales de la salud deben informar a los pacientes acerca de su enfermedad. Usualmente, los mismos saben la naturaleza de su condición y se preocupan por ella, los doctores en lugar de identificar dichas



preocupaciones y permitirles a los pacientes la oportunidad de hablar acerca de ella, se enfocan en aconsejar y dar información. En lo que respecta al manejo de las situaciones difíciles y su notificación, hay que tomar en cuenta la discusión de las malas noticias y la incertidumbre. Es importante generar empatía, confianza e información sobre los cuidados al momento de dar el diagnóstico.

### **I.3.- RESILIENCIA:**

#### *Introducción*

La resiliencia se concibió inicialmente como el resultado de los rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento que parecía permitir que algunos niños continuasen progresando a lo largo de una trayectoria de desarrollo positivo, incluso cuando se enfrentaban a adversidades de considerable intensidad (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawye, 2003). En los estudios iniciales se analizaron las fortalezas de aquellos niños, que viviendo en condiciones de extrema adversidad les permitieron una adaptación positiva, identificándose “fuerzas internas”, tales como autonomía o autoestima elevada (Masten et al., 1991; Werner y Smith, 1982). Posteriormente se aportan explicaciones sobre los procesos a través de los cuales se adquieren las cualidades resilientes y se desarrolla la adaptación positiva frente a situaciones de adversidad identificando un conjunto de factores protectores y de riesgo que intervienen (Olsson et al., 2003). Luthar y Zigler (1991), describen la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad, distinguiendo tres aspectos: la adversidad, la adaptación positiva y el proceso de mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el desarrollo humano. La resiliencia en un individuo también se ha definido como buenos resultados a pesar estar en situaciones de adversidad que puedan representar un riesgo para el desarrollo de psicopatología; aluden a un conjunto de factores protectores que pueden modificar, mejorar o alterar la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter; 1986, 1990, 1993; Masten, 2001). Grotberg (1995, 2001, 2003, 2006), concibe la resiliencia como un proceso dinámico y evolutivo, definiéndola como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido de aquellas experiencias de adversidad. El modelo ecológico-transaccional de resiliencia, basado en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1981), asume que el individuo desarrolla resiliencia individual a partir de un conjunto de recursos (factores

protectores y de riesgo) a nivel individual, familiar, social y de contextos más amplios que están en constante interrelación (Corcoran y Nichols-Casebolt, 2004).

La resiliencia también ha sido entendida como una cualidad para sobrevivir y adaptarse después de serios eventos traumáticos. Richardson (2002), expone que la resiliencia se desarrolla desde una fuerza motivadora intrínseca o extrínseca, que surge del proceso de superación del trauma. Connor y Davidson (2003), basados en el modelo de Richardson (2002), definen la resiliencia como una medida global de salud mental, que expresa una cualidad personal para afrontar las experiencias de estrés con éxito. Cirulnik (2005), considera la resiliencia como un proceso de construcción a partir del trauma, equivale a resistir al sufrimiento y como un impulso de reparación que nace de esta resistencia. Campbel-Sills, Cohan y Stein (2006), definen la resiliencia como la habilidad para tolerar la experiencia de cambio, los problemas personales, las enfermedades, la presión, los fracasos y los sentimientos de dolor. Tugade y Fredrickson (2004), definen la resiliencia psicológica como un afrontamiento efectivo y de adaptación positiva frente a una pérdida, dificultad o adversidad y reconocen que las emociones positivas, protegen fisiológicamente al individuo del “arousal” que producen las emociones negativas. Davydov, Stewart, Richie y Chadieu (2010), consideran que la resiliencia se va construyendo con mecanismos capaces de reconocer y neutralizar las adversidades y sus efectos relativos, por tanto, la resiliencia puede ser considerada un mecanismo de defensa, que capacita al individuo frente a la adversidad.

Una persona resiliente, es aquella persona que se ha adaptado de forma positiva a una situación adversa. Para ello, ha superado los efectos negativos de una situación de riesgo mediante el uso de estrategias de afrontamiento exitosas evitando las trayectorias negativas y logrando metas.

La resiliencia se define como la habilidad que tienen las personas para enfrentar las desgracias o infortunios de la vida, aprender de éstas, superarlas y ser transformadas por ellas (Grotberg, 2006).

Superar las situaciones adversas de la vida ha sido un tema de interés desde la antigüedad; incluso, la literatura y los medios de comunicación se han interesado en relatar historias donde los héroes atraviesan crisis inesperadas, y, tras luchar contra dicha desgracia, la superan y se convierten en personajes admirados y reconocidos.

En consecuencia, existen múltiples definiciones de resiliencia, también existen ejemplos de ella en la humanidad y a lo largo de toda su evolución, relacionado directamente con la época que les tocó vivir en un determinado momento histórico-social-político.

Estas referencias en la que cada personaje se encuentran plasmadas por ejemplo:

- ✓ *El sentido de la vida* de Víctor Frank en los campos de concentración durante la II guerra mundial.
- ✓ Ana Frank y su famoso legado manuscrito de cómo sobrevivir oculta.
- ✓ Primo Levi, escritor Judío italiano, resistente antifascista, prisionero y sobreviviente de Auschwitz, dedico su obra a los testimonios del holocausto. Su obra *Si esto es un hombre* se considera una de las más importantes del siglo XX.
- ✓ Boris Cyrulnik, fue el primero en Francia en interesarse por la resiliencia. Ya que a la edad de 6 años logro escapar de un campo de concentración, quien posteriormente dado grandes pasos con dificultades logra ser medico empeñado en entender sus propias ganas de vivir y uno de los líderes de la resiliencia.
- ✓ Christofer Reeves, (Superman) sobrevivió cuadripléjico a una caída de caballo, actuó en películas aun en su condición y dedico su vida a sostener las investigaciones sobre personas lesionadas en la columna.
- ✓ Louis Arsmtrong y su lucha contra la enfermedad y su deseo de vivir y reintegrarse a sus actividades deportivas para alcanzar el éxito total, 7 veces campeón del Tour de Francia (1999-2005), relatado en su libro "*Mi Vuelta a la Vida*".
- ✓ Martín Luther King, y su lucha contra el racismo y la discriminación a cambio de su vida; todas estas fuentes de ejemplos infinitos de resiliencia por las condiciones extremas que conlleva tanto física como moral y espiritualmente la superación del ser humano.
- ✓ En literaturas infantiles encontramos ejemplos de resiliencia como Harry Potter, El Patito feo, la Cenicienta, Robinson Crusoe, Pulgarcito, el Principito, entre otros.
- ✓ En la naturaleza se observan ejemplos de resiliencia: los pájaros construyen y reconstruyen sus nidos tantas veces como sea necesario para empollar a sus recién nacidos polluelos.

Resulta interesante observar cómo existen personas que, ante riesgos y peligros similares, logran crecer y fortalecerse en el futuro, mientras que otras sucumben ante dichos infortunios. Este hecho ha incentivado la búsqueda de una explicación que permita entender la naturaleza de estas diferencias. Según Walsh (2004) la resiliencia es la capacidad del individuo para superar la adversidad, resultando fortalecido y obteniendo mayores recursos personales. Dicho fenómeno, más que una suma de cualidades, se convierte en un concepto englobador y dinámico que abarca la interacción de habilidades innatas y aprendidas que manifiestan en el momento que la persona atraviesa una situación de riesgo o trauma.

La resiliencia, como afirma Richardson (2002), es un fenómeno multidisciplinario, que puede abordarse por diferentes disciplinas como la antropología, la biología, la religión, la sociología y la filosofía, entre otras.

Una mentalidad resiliente nos ayuda a estar preparados frente a adversidades futuras y facilita el cambio y el crecimiento personal. Se puede extender el término de la resiliencia no solo a personas que sufrieron condiciones adversas o superen obstáculos sino que es un concepto a aplicar a todo el mundo. En la vida hay situaciones que ponen a prueba nuestra salud física y mental. La resiliencia no es sólo ante situación de crisis y tragedia sino que se puede desarrollar para todos los aspectos de la vida. Incluso en hogares sin problemas la mentalidad resiliente proporciona un depósito de fortaleza emocional para superar los retos de la vida diaria. En sujetos que sufren estrés a diario, trastornos depresivos o ansiedad ciertas pautas pueden ayudar a la gente a cultivar una mentalidad resiliente que contiene suposiciones sobre nosotros mismos que influyen en nuestro comportamiento, éxitos o fracasos o relación con los demás, y es lo que debemos fortalecer.

### **1.3.1.- Concepto de resiliencia**

Este término de resiliencia que proviene de la física se refiere a la capacidad de resistencia de algunos materiales a la presión, tensión e impacto pero que pueden recuperar su estado inicial. Este significado actualmente, también se utiliza para otras áreas científicas como la medicina, psicología, sociología, intervención social, pedagogía, antropología, esto es, fundamentalmente en ciencias sociales y humanas. En ingeniería la resiliencia de un material es medir su capacidad de absorber energía antes de comenzar a deformarse; en traumatología la resiliencia es la capacidad del tejido óseo de crecer en sentido correcto después de una fractura; en biología define criaturas resilientes las que se adaptan al ecosistema y a los cambios y sobreviven a situaciones difíciles.

Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de resiliencia como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida. Así, la resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux et al., 2001).

El concepto de resiliencia fue introducido en Psicología por Michael Rutter en los años 70 (Rutter, 1986) y popularizado por Boris Cyrulnik (1999), a quien se considera

el padre de la resiliencia por trabajar esos conceptos desde su propia experiencia, se crió en orfanatos y sobrevivió a un campo de concentración.

Cyrułnik (2002), define la resiliencia como la capacidad de superar tragedias sabiendo integrar esas experiencias para poder vivir satisfactoriamente.

Para la psicología clásica la resiliencia se relaciona con la capacidad de recuperación de las crisis emocionales. Para la Psicología positiva la resiliencia es la capacidad de recuperación y de crecimiento postraumático. Según la neurociencia, la resiliencia es la capacidad para afrontar una situación adversa, superarla y salir fortalecido. Una mentalidad resiliente prepara a la persona para hacer frente a los cambios y adversidades futuras, potencia la capacidad de adaptación al cambio y facilita el crecimiento personal.

El concepto resiliencia ha avanzado desde el planteamiento negativo de ausencia de psicopatología hasta el enfoque positivo de competencia y conducta adaptativa. Siguiendo la definición de Rutter (2007), este autor define la resiliencia como «el fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas». No representa la inmunidad al trauma sino la capacidad de recuperarse en las experiencias adversas. Para otros autores como Luthar (1993), no es una mera resistencia a la adversidad sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en los contextos difíciles.

Hay que distinguirla de algunos conceptos relacionados como invulnerabilidad, resistencia al estrés, conductas adaptativas o fortaleza mental (Cabanyes, 2010).

La invulnerabilidad hace referencia a la resistencia absoluta a las consecuencias negativas de las situaciones adversas. La resiliencia no representa, necesariamente, resistencia absoluta, sino que, hace referencia a la recuperación. No es resistencia al estrés sino más bien la recuperación. Las conductas adaptativas son necesarias para afrontar la situación pero no suficientes para definir la resiliencia. La fortaleza mental es otro concepto estrechamente relacionado con la resiliencia pero enfocado hacia la resistencia al estrés.

La resiliencia puede ser modulada por factores de riesgo y de protección (Cabanyes, 2010).

Los factores de riesgo representan las variables personales y del entorno que aumentan la probabilidad de respuestas negativas en las situaciones adversas. Por su

parte, los factores de protección son el conjunto de variables, del sujeto y del contexto, que potencian la capacidad de resistir a los conflictos y de manejar el estrés.

La investigación en resiliencia tiene una primera fase, centrada en identificar factores o cualidades resilientes; una segunda fase, orientada hacia los procesos de adquisición de la resiliencia; y una tercera fase destinada a elaborar instrumentos de medida.

El autor Melillo (2004), asume una perspectiva de proceso dado que se estudiará el desarrollo de la resiliencia a lo largo del ciclo vital, no como respuesta a eventos negativos o dañinos concretos, sino como un mecanismo de respuesta ante los diferentes sucesos evolutivos a los que se enfrenta el sujeto.

Lo que diferencia el concepto de resiliencia de otros conceptos es la concordancia que existe entre ellos, por un lado, que el individuo haya estado expuesto a una amenaza o adversidad muy severa y, por el otro, que a pesar del daño sufrido active respuestas de adaptación positiva (Luthar et al., 2003).

Dada la diversidad de definiciones existentes para la resiliencia y todos los conceptos que pueden estar relacionados con la misma, se han descrito algunos de los más analizados en el ámbito de la psicología (Luthar, 2003).

La posibilidad de que la ausencia de sufrimiento tras una pérdida sea indicativo de resiliencia no ha sido considerada por la psicología tradicional (Bonanno et al., 2002), aunque está claramente demostrado que un considerable número de individuos muestra poco o nada de sufrimiento tras una pérdida personal (Bonanno y Kaltman, 2001).

Del mismo modo, los teóricos del trauma han tendido a sorprenderse cuando individuos expuestos a un suceso traumático no mostraban signos de estrés postraumático, considerando a estas personas como excepcionales (Bonanno, 2004).

Es desde la década de los 80 cuando el interés por el estudio de la Resiliencia ha ido *in crescendo*, si bien, autores europeos y estadounidenses han tratado de manera diferente el desarrollo del concepto de Resiliencia. En Europa se ha relacionado la Resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático al entender la Resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa y utilizarla para aprender y mejorar. Mientras que en Estados Unidos, la Resiliencia hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta. De un modo o de otro, la investigación en Resiliencia pretende determinar por qué algunas

personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas, aún siendo estas muy adversas (Carretero, 2010), y hacerlo a través del estudio de la totalidad del proceso y de las variables intervinientes en el mismo.

Las definiciones mas aceptadas por los investigadores en la actualidad son aquellas que tienen una perspectiva interaccionista. Estas plantean que el proceso resiliente surge de la existencia de manera concatenada de adaptaciones del sujeto al entorno, y que a su vez, se entienden como una suerte de pequeñas superaciones o entrenamientos, sirviendo para fortalecer al individuo en el enfrentamiento de futuras situaciones críticas. La definición del término realizada por uno de los padres del concepto, Michael Rutter, entiende la perspectiva interaccionista del fenómeno resiliente como el agregado del proceso de modelado del niño en relación con el entorno y la capacidad del mismo de manejar este entorno, produciéndose aprendizaje y cambio en ambas direcciones (Rutter, 1990).

Las definiciones interaccionistas tienen en cuenta los componentes esenciales que ayudan a operativizar metodológicamente las variables incluidas dentro del constructo:

- ✓ La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano. En este apartado se incluyen eventos con carácter puntual en la historia del sujeto, así como situaciones de vida mantenidas.
- ✓ La adaptación positiva o superación de la adversidad. Existe mientras el sujeto no de muestras de desajuste a las expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo.
- ✓ La noción de proceso de interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y de protección a diferentes niveles (emocionales, cognitivos y socioculturales) (Munist, 1998).

Los hallazgos anteriores dan soporte a la teoría de que la resiliencia es un fenómeno multidimensional (Cicchetti y Garmezy, 1993; Garmezy, 1993). De acuerdo con los resultados obtenidos, el componente más importante está dado por los recursos personales de los individuos para hacer frente a los eventos estresantes o perturbadores. Estos recursos se traducen en la fortaleza personal que le permite al individuo adaptarse y sobreponerse a las condiciones adversas a las que está expuesto, así como al estrés de la vida cotidiana y le permiten al individuo enfrentar los retos de manera saludable (Moskovitz, 1983). La resiliencia se relaciona de manera importante con la competencia social o sociabilidad, que es la capacidad de los individuos para desarrollar y establecer relaciones saludables con otros, ya que está ligada con la habilidad para adaptarse a los estresores (Murria, 2003).

Algunos autores han observado que tener al menos un mejor amigo, puede incrementar de manera importante la capacidad del niño para ajustarse a las condiciones

del entorno, y ser querido está relacionado con menores probabilidades de ser intimidado o victimizado por otros (Garmezy, 1991).

En cuanto a los factores familiares y sociales, la literatura ha sugerido que este tipo de soporte es un mitigador de los efectos negativos de estrés y promueve en los individuos las habilidades y autoestima necesarias para sobreponerse a la adversidad (Seccombe, 2000).

En este sentido, se ha destacado que las redes de apoyo social que los individuos establecen dentro de su comunidad son una fuente invaluable de apoyo que tiene repercusiones importantísimas en la promoción de la resiliencia y pueden compensar la ausencia de otras fuerzas protectoras y la carencia de relaciones cohesivas y cálidas con los padres y otros familiares (Wolkow y Ferguson, 2001).

En relación con el quinto factor alcanzado, Friberg y colaboradores (2001), destacan también que aunque la resiliencia no protege a los individuos de los eventos negativos, los individuos resilientes son sistémicos y organizados, aun cuando afrontan con flexibilidad los problemas.

¿Es una habilidad innata o adquirida? ¿La pueden tener todos? ¿Se mantiene estable o cambia con el paso del tiempo?

En el desarrollo de la resiliencia parecen ser más importantes los factores de protección que los de riesgo (Cabanyes, 2010). Es un proceso que dura toda la vida, con fases de adquisición y de mantenimiento y podría plantearse, incluso, de disminución o de pérdida. Las variables temperamentales, con su gran carga biológica, también suponen un factor predisponente para el desarrollo de la resiliencia.

Los objetivos de la investigación en estudios sobre la resiliencia tienen como objeto definir los atributos que permitirán identificar las personas que podrían resistir (o recuperarse rápidamente) y superarse en las situaciones adversas, así como reconocer las estrategias más adecuadas para potenciar estas capacidades.

Las grandes cuestiones en torno a la resiliencia siguen siendo lograr definir bien el concepto, identificar los factores implicados en su desarrollo y saber si realmente es posible inmunizar frente a las adversidades. En el campo clínico, se abre la posibilidad de identificar factores predisponentes o de riesgo para psicopatologías y de elaborar nuevas estrategias de intervención, tanto preventiva como terapéutica, desde el concepto de resiliencia.



Las capacidades resilientes se desarrollan cuando los niños y niñas conocen contextos relacionales que le ofrecen en cantidad suficientes las siguientes experiencias:

- Experiencias de buenos tratos, caracterizados por un apego sano y seguro, además de los aportes nutritivos, afectivos y culturales en cantidad suficientes para sentirse una persona digna de ser amada.

- Haber participado en procesos de conversación que les han permitido tomar conciencia y conocer su realidad familiar y social por muy dura que ésta sea. Esto con el apoyo social y afectivo suficiente como para tener la energía de buscar modos alternativos de vida.

- Vivir experiencias de apoyo social, es decir, ser considerado en ocasiones como una persona central en una red social, para recibir afectos y de apoyo.

- Haber participado en procesos sociales para luchar contra las injusticias, una mejor distribución de los bienes y de la riqueza ofreciendo así ideas para paliar situaciones de pobreza y sufrimiento.

- Haber aprovechado de procesos educativos que potencien el respeto de los derechos de todas las personas especialmente de los niños y niñas, así como el respeto por la naturaleza.

- Haber participado en movimientos sociales con otros niños y niñas en actividades que les permitieron acceder a un compromiso social, religioso o político para lograr sociedades más justas, solidarias y sin violencia.

La investigación sobre resiliencia está dirigida a estudiar esa relativa inmunidad contra los acontecimientos de presión que aparecen en la vida diaria. No se refiere a disposiciones genéticas sino, y en particular a factores protectores que surgen en la compleja interacción de elementos tales como naturaleza-educación y persona-situación. La resiliencia no está considerada como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es la resultante de un balance sensible entre el riesgo y los factores protectores. Estos factores protectores pueden no solamente ser inherentes al individuo (recursos personales), sino que pueden brotar y desarrollarse del medio que lo rodea (factores sociales).

### *La importancia de las redes sociales*

Si bien resiliencia es una respuesta adaptativa individual, conceptualmente es producto de atributos individuales y contingencias socioambientales. Los planteamientos de resiliencia no sólo permiten interpretar los hallazgos en términos de características individuales, porque destacan que la presencia y potencia de atributos individuales deben ser entendidos en contexto. Las características individuales interactúan con, y frecuentemente, dependen de recursos familiares y extra-familiares. Resiliencia es contexto- dependiente.

El factor “Redes Sociales”, identificado como fundamental en el éxito por su función de apoyo, tanto familiar como comunitario, concuerda con Werner (1982, 1989), en lo referente a contar con familias preocupadas por el bienestar de sus miembros y, en caso de circunstancias familiares adversas, destacan el contar con fuentes de apoyo externo que favorecen la manifestación del comportamiento resiliente.

En el campo del desarrollo psicosocial del ser humano tiene similar sentido: esa capacidad del ser humano para recuperarse de la adversidad. Esta definición habla de la combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida. Según lo manifiesta Rutter (1986), existe una gran variabilidad en la forma de responder a la adversidad psicosocial, incluso ante situaciones muy difíciles hay una gran parte de personas que no sufren secuelas graves. Se intenta por tanto estudiar este concepto a modo de prevención para saber qué es lo que le libera a estas personas del dolor ante estas situaciones adversas, porque así se tendría la forma de aumentar la resistencia al estrés y por tanto a la adversidad.

La resiliencia, afirma Rutter (1993), no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello. La herida o el daño es un hecho real, pero a pesar de las heridas infringidas, para muchos el trauma también ha sido instructivo y correctivo. El ambiente continuamente presenta demandas estresores, retos y oportunidades. Estos podrían a la vez convertirse en obstáculos (dada una complejidad de otros factores como son los genéticos, neurobiológicos, familiares y comunales) para el desarrollo de la fuerza, de la resiliencia o producir una disminución en la capacidad para enfrentarse a la adversidad.

En las dos últimas décadas existen numerosos estudios realizados en Europa y Estados Unidos, a partir de la discusión del tema de la Resiliencia. En Hispanoamérica no es sino hasta la década del noventa cuando surgen las primeras publicaciones en español. Dichas investigaciones incluyen en sus definiciones la conjugación de factores personales y ambientales que han sido observados de acuerdo con el Objeto de Estudio.

Desde el punto de vista de la acción la resiliencia:

- La resiliencia es ante todo un concepto de acción que se le puede profundizar por los aportes de las ciencias, de las experiencias concretas de base e incluso de las artes. La resiliencia es una interacción creativa entre los recursos personales y los sociales.

- La resiliencia es un fenómeno multifacético que abarca factores ambientales y personales.

- 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.

- La resiliencia es la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos sus recursos, tanto personales como ambientales.

- Resiliencia significa las habilidades, destrezas, conocimiento, *insight* (introspección) que se acumula con el tiempo a como las personas luchan por levantarse de la adversidad y afrontar retos. Es un continuo y desarrollador fondo de energía y destreza que puede ser utilizado en las luchas actuales. Resiliencia es el proceso, la capacidad de, o el resultado de, una adaptación exitosa a pesar de circunstancias retadoras y amenazantes. La resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello.

- La resiliencia no es una característica o dimensión estática. Es la articulación continua de capacidades y conocimiento derivados a través de la interacción de riesgos y protecciones en el mundo.

- En la práctica y ubicada dentro de la llamada "Perspectiva de las Fuerzas", es una forma diferente de ver a los individuos, familias y comunidades. Todos deben ser vistos a la luz de sus capacidades, talentos, competencias, posibilidades, visiones,

valores y deseos que aunque hayan sido frustrados y distorsionados, operan en las circunstancias adversas, opresiones y traumas. Requiere la composición de un catálogo de recursos existentes, dentro y alrededor del individuo, la familia y la comunidad.

- Se trata más bien de ver al ser humano "en resiliencia", como la persona que entra en una dinámica en la que recursos personales y sociales se manifiestan interactuando de tal manera que constituyen una amalgama de posibilidades que producen respuestas asertivas y satisfactorias que permiten no solo la solución de conflictos, sino también el desarrollo y potenciación de otras posibilidades en las que se incluye como aspecto fundamental, la comunicación interpersonal, la interacción e intercambio de recursos (capacidades, habilidades, valores, convicciones, significados) que constituyen a su vez, el bagaje de conocimientos prácticos con que la personas y comunidades de éxito enfrentan su realidad.

#### ***La palabra resiliencia***

La palabra resiliencia procede del latín *resilio-ire*, saltar compensar, es como un muelle que se hunde hasta abajo y luego salta y recupera su extensión. El judío francés Boris Cyrulnik nació en Burdeos en 1937 y perdió a su familia en Auschwitz y a los seis años huyó del campo de concentración, llegó a una granja de beneficencia y encontró una familia que le ofreció cariño y pasión por la lectura; médico psiquiatra, es uno de los padres de la resiliencia: toda su teoría es que por muy mala que haya sido la infancia o los sufrimientos padecidos, se depende de la capacidad que vayamos desarrollando para superar esas adversidades. En su libro "Los patitos feos" habla de ello, de superar frustraciones descubriendo el sentido de la vida, y la motivación por la que se crece ante las dificultades. Rompe el mito de que un niño maltratado ha de ser un maltratador de mayor y usa la leyenda del *patito feo* que se convirtió en cisne al crecer. La resiliencia habla de la capacidad para sacar fuerzas de donde no parece que haya y extraer la lección positiva de experiencia traumática. Por tanto la resiliencia es el equilibrio entre la persona y los factores de riesgo de su entorno.

- El Diccionario de la Real Academia Española. (DRAE, 23ª edición (2014):

1. Psicología: Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.

2. Mecánica: Capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación.

- En Wikipedia la Resiliencia se define:

.- Resiliencia es definida clásicamente como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001).

- Resiliencia (Psicología):

El término resiliencia se refiere a “la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo (animal o humano) es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por éstos. Actualmente la resiliencia se aborda desde la psicología positiva la cual se centra en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos y no en sus debilidades y patologías, como la psicología tradicional”. Podría decirse que la resiliencia es la entereza más allá de la resistencia. Es la capacidad de sobreponerse a un estímulo adverso. La resiliencia es la capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido y alcanzando un estado de excelencia profesional y personal.

- Instituto Español de Resiliencia:

Desde la Neurociencia se considera que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. Esto les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos.

La Resiliencia, es el convencimiento que tiene un individuo o equipo en superar los obstáculos de manera exitosa sin pensar en la derrota a pesar que los resultados estén en contra, al final surge un comportamiento ejemplar a destacar en situaciones de incertidumbre con resultados altamente positivos. (Machacon 2011, Aspectos vividos, Nov-Dic 2010). Son citas de Internet: Wikipedia/Psicología.

Esa capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés, como por ejemplo el debido a la pérdida inesperada de un ser querido, al maltrato o abuso psíquico o físico, a prolongadas enfermedades temporales, al abandono afectivo, al fracaso, a las catástrofes naturales y a las pobreza extremas.

- Kotliarenco, María Angélica y Cáceres, Irma. (2011):

La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales.

- La Enciclopedia de Wikipedia señala que la Resiliencia puede referirse a:
  - ✓ La resiliencia en psicología, capacidad de las personas de sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas.
  - ✓ La resiliencia en sociología, capacidad que tienen los grupos sociales para sobreponerse a los resultados adversos, reconstruyendo sus vínculos internos, a fin de hacer prevalecer su homeostasis colectiva de modo tal que no fracasen en su propia sinergia.
  - ✓ La resiliencia en ecología, capacidad de las comunidades y ecosistemas de absorber perturbaciones sin alterar significativamente sus características de estructura y funcionalidad, pudiendo regresar a su estado original una vez que la perturbación ha cesado.
  - ✓ La resiliencia en ingeniería, energía de deformación que puede ser recuperada de un cuerpo deformado cuando cesa el esfuerzo que causa la deformación.
  - ✓ La resiliencia en sistemas tecnológicos, capacidad de un sistema de soportar y recuperarse ante desastres y perturbaciones.
  - ✓ La resiliencia en la cultura emprendedora, capacidad que tiene el emprendedor para confrontar situaciones que compliquen la generación y desarrollo de su plan de negocios o su proyecto a emprender, generando sinergia con sus socios o colaboradores para salir airoso y con determinación de ella; basado en la previsión del riesgo.
  - ✓ La resiliencia en derecho, capacidad de las personas, dentro del marco general de los derechos humanos, de recuperar su estado original de libertad, igualdad, inocencia, etc. después de haber sido sometidas a las acciones de fuerza del Estado.

- Rutter (1985):

La resiliencia se caracteriza como conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos para tener una vida más sana, combinando atributos personales con ambiente familiar, social y cultural. Es un proceso.

- Institute on Child Resilience and Family, (ICCB, 1994):

Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

- Vanistendael, (1994):

La Resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. *La Infancia en el Mundo*, 5, 3. La resiliencia distingue dos componentes: resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y más allá es la capacidad para forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.

- Grotberg, (1995):

Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformado por ellas.

- Real Academia Española (RAE) (2010).

Resiliencia, del verbo latino *resilio*, *resilire* (saltar hacia atrás, rebotar), se define como la capacidad de afrontar la adversidad y lograr mayor equilibrio emocional ante las situaciones de estrés.

- E. Chávez y E. Yturralde (2006):

La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas.

- Luthar (2000):

La resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.

- Osborn (1996):

Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños.

- Suárez Ojeda (1995):

La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.

- Dra. Santos (2000):

Resiliencia es saber afrontar la adversidad de forma constructiva. Saber adaptarse con flexibilidad y salir fortalecido del suceso traumático.

- Infante (1997):

La resiliencia es una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por estos no la valencia contraria a los factores de riesgo,

sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales.

- Para Oscar Chapital, C. (2011) psicólogo social y matemático mexicano:

La resiliencia es la capacidad que tiene un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse, ante un medio de riesgo, generando éxito individual, social y moral.

### **1.3.2.- Consideraciones teóricas sobre la resiliencia:**

El término resiliencia, es tomado del anglicismo *resilience* y *resiliency* y tiene origen en el latín “*resilio*”, que significa "volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar".

Originalmente, pertenece al campo de la física y denota la capacidad de un material para recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones.

En el área de la psicología, el concepto de resiliencia surge en la década de los años 60 y 70 a partir de estudios realizados con niños que crecían y se desarrollaban en circunstancias adversas y de alto riesgo (extrema pobreza y/o padres esquizofrénicos) y, que a pesar de ello, mostraban un adecuado desarrollo psicológico (Garmezy, 1991).

En las décadas siguientes, diferentes investigadores se interesaron por el concepto de resiliencia y propusieron diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas para su estudio, enfocándose, casi siempre, en niños y adolescentes. No fue hasta hace pocos años (década de los 90) que este concepto fue investigado en otras etapas de la vida, particularmente en la vejez (Brandtstadter, 1999). La resiliencia, es un fenómeno o proceso que refleja una relativa adaptación positiva a pesar de los contextos de riesgo y adversidad. Existen matices en el concepto de la resiliencia que aún no han logrado acuerdo, por ejemplo, la capacidad de recuperarse del evento amenazante (Garmezy, 1991), o que, después de afrontar la adversidad o amenaza, existe un crecimiento postraumático en la persona, como puede ser el incremento de la auto-confianza y la fortaleza personal, revalorar la vida, a las personas y los eventos que le rodean, o tratar de ser mejores individuos, (Tedeschi y Calhoun, 1996).

La resiliencia debe reunir dos condiciones y características (Jiménez, 2008):



.- La exposición a un daño significativo o una adversidad severa.

.- La adaptación positiva a pesar de un "riesgo significativo" en el proceso de desarrollo.

Actualmente existen diferentes perspectivas teóricas en su estudio, las principales son la que la concibe como un *resultado* y la que la define como un *proceso*.

#### ***Resiliencia como resultado***

Esta perspectiva se basa en los resultados que muestra la persona después de haber o estar sometida a situaciones de amenaza y adversidad (Rutter, 1990). Puede ser de dos formas: la primera observa pobres consecuencias en la conducta o el desarrollo. Un ejemplo en la adultez o la vejez, es adoptar conductas antisociales como pueden ser la criminalidad, el consumo de drogas, el abuso de alcohol, o no lograr mantener redes sociales y permanecer en aislamiento de la familia, etc. La segunda categoría abarca resultados positivos. Por ejemplo, para los adultos jóvenes llegar a terminar una carrera, trabajar y establecer una familia. En la adultez media, conservar el trabajo y la estabilidad en la familia, con los hijos y lograr una satisfacción emocional. En la vejez, conservar adecuados niveles de funcionamiento, de salud física y psicológica, así como mantener relaciones sociales, y de apoyo, entre otros.

Generalmente, los estudios realizados bajo esta perspectiva, buscan individuos que, después de haber sufrido un evento dañino o adverso, continúan mostrando conductas y emociones que indican buenos resultados. Los hallazgos de estas investigaciones trascienden al conocimiento de los recursos empleados y al diseño de programas dirigidos a potenciar las fortalezas en diferentes dominios particulares, como el emocional o el cognitivo.

#### ***- Resiliencia como proceso***

Al conceptualizar la resiliencia como un proceso se explora la relación entre los factores de riesgo y los resultados, ya sean éstos positivos o negativos, y la mediación o moderación de otras variables en el momento de encarar la adversidad. Dichos factores o recursos son llamados protectores y amortiguan o eliminan el efecto de la adversidad.

### **1.3.3.- Paradigmas teóricos relacionados con la Resiliencia:**

El concepto de resiliencia se diferencia de otros conceptos como el de "respuestas de afrontamiento" o "competencia", es la sinergia que involucra, por un lado, que el

individuo haya estado expuesto a una amenaza o adversidad muy severa y, por el otro, que, a pesar del daño sufrido, active respuestas de adaptación positiva (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Una parte de la confusión que se ha generado en la investigación de la resiliencia se debe, en parte, a que puede estar solapada con otros paradigmas con los que guarda gran similitud, pero de los que se diferencia de manera importante. Los principales son la competencia social, la ego-resiliencia y la personalidad resistente (*hardiness* o dureza).

#### ***1.3.3.1.- La competencia social***

La competencia social es un concepto unido y central a la resiliencia, por lo que en ocasiones llegan a confundirse. Ambos están estrechamente relacionados dentro de un amplio constructo de adaptación que representa "un buen desempeño del individuo" (Luthar, 2006), sin embargo, la competencia social se define en función de lo que la sociedad espera de una persona. La resiliencia, por su parte, es definida en torno a lo que se espera de una persona después de vivir un riesgo en particular.

#### ***1.3.3.2.- Ego-resiliencia***

La ego-resiliencia es un tipo de personalidad que refleja ingenio, fortaleza de carácter, flexibilidad en el funcionamiento y respuestas ante una variedad de circunstancias ambientales (Eisenberg et al., 2004). La ego-resiliencia ha sido analizada como un predictor potencial de resiliencia, esto es, una característica de la personalidad que puede proteger a los individuos contra las experiencias estresantes (Cicchetti y Rogosch, 1997).

#### ***1.3.3.3.- Personalidad resistente, Dureza o hardiness***

La personalidad resistente o *hardiness*, (Kobasa, 1982), nació de las investigaciones con adultos y comparte con la resiliencia el atributo que presupone un riesgo pero con un grupo específico de rasgos de los individuos, más que a la combinación de riesgos, competencias y factores o recursos de protección, como ocurre en la resiliencia. Se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en personalidad resistente afrontan de modo adecuado el estrés, la enfermedad y a las condiciones adversas de la vida, además suelen promover estilos de vida saludable (Kobasa, 1979).

### **I.3.4.- Recursos y características personales que potencian la resiliencia.**

Existe cierto acuerdo en la existencia de recursos que potencian este factor resiliente. Autores como Greve y Staudinger (2006), Brandtstadter y Greve (1994), señalan la existencia de algunos de ellos como el control personal, autoeficacia, etc., de entre estos se señalan a continuación los más relevantes.

#### **- Control personal.**

El control personal ocupa un lugar central para lograr la adaptación y la resiliencia. Los esfuerzos para regular el curso de la vida y el ambiente, es contingente con las conductas que llevarán a cabo las personas para establecer y modificar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales, así como realizar lo necesario para alcanzarlas y, finalmente, mantener un control sobre su propio ambiente.

#### **- Autoeficacia.**

La autoeficacia como competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes

El constructo de autoeficacia, fue introducido por Bandura en 1977 y representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982, 1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento.

La autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 1999).

Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997).

#### **- Autoestima.**

La autoestima, es la actitud de la persona respecto a ella misma,

#### **- Psicología Positiva.**

La psicología positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano.

La psicología positiva está formada por varios constructos, dos de ellos las emociones positivas y el optimismo que están relacionados con la resiliencia.

**- Emociones positivas.**

Las emociones positivas son estados de ánimo "que nos hacen sentir bien"; entre las más citadas están la gratitud, el amor, y el perdón, y pueden proporcionar a las personas experiencias subjetivas placenteras y sensaciones de paz (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003). Siguiendo este argumento, se ha encontrado que las emociones positivas tienen gran importancia en los procesos de adaptación que buscan alcanzar un equilibrio, ya que facilitan las estrategias de afrontamiento adaptativas, la obtención de recursos sociales y favorecen el bienestar. Además, experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001), y según Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin (2003), Ong et al., (2006), una gran cantidad de emociones positivas pueden potenciar altos niveles de resiliencia.

Las personas resilientes, son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes. Varios estudios han puesto de manifiesto que las personas más resilientes suelen experimentar elevados niveles de felicidad y de interés por las cosas en momentos de gran ansiedad provocados experimentalmente (Fredrickson, 2001; Tugade y Fredrickson, 2004).

**- Optimismo.**

El optimismo es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991) han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva. Peterson (2000), considera que el optimismo involucra componentes cognitivos, emocionales y motivacionales. Según Avia y Vázquez (1998) el optimismo es algo constitutivo de la vida y por lo tanto es posible aprenderlo. Estos autores lo definen como la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. Lo consideran como una dimensión de la personalidad relativamente estable; que está determinado, en parte, por la herencia

y por experiencias tempranas, pero es posible en etapas maduras, aprender a visualizar las cosas de otra manera. Avia y Vázquez (1998), diferencian entre un optimismo absoluto e incondicional al que consideran una forma de escape patológico; otra forma de optimismo blando que puede en ocasiones hacer perder un tiempo precioso para llevar a cabo otras estrategias más protectoras. Finalmente, definen un optimismo inteligente que es una forma realista de percibir las cosas ya que la vida tiene múltiples significados que cada cual va construyendo a lo largo de su existencia y colectivamente a lo largo de la historia.

El optimismo es una fortaleza importante que ayuda a afrontar las adversidades y tiene beneficios en la salud y el bienestar (Seligman, 2003).

Además, tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, y actúa como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002).

**- Afrontamiento.**

Aunque el afrontamiento es una variable relacionada estrechamente con la resiliencia, no es sinónimo de ella; aunque Greve y Staudinger (2006) apuntaron que puede observarse un solapamiento entre ambas. Es importante señalar que los recursos de afrontamiento carecen de factores protectores y de riesgo, más bien constituyen una parte importante del proceso y de la constelación de variables que favorecen la resiliencia (Greve y Staudinger, 2006).

Harvey (1996) señalaba una serie de características de la resiliencia cuya integridad o daño indicaban la capacidad resiliente:

- ✓ Control del proceso de recuerdo de las experiencias traumáticas;
- ✓ Integración de la memoria y los afectos;
- ✓ Regulación de los afectos en relación al trauma;
- ✓ Dominio de la sintomatología;
- ✓ Autoestima;
- ✓ Cohesión interna (pensamientos, afectos y acciones);
- ✓ Establecimiento de vínculos seguros;
- ✓ Comprensión del impacto del trauma, y
- ✓ Elaboración de un significado positivo.

También las características del entorno tienen gran relevancia en el desarrollo personal y en el bienestar familiar contribuyendo a la construcción de la capacidad

resiliente. Entre esas características destacan las condiciones de salud, la estabilidad de la residencia, la existencia de modelos positivos y los recursos, formales e informales, disponibles (Cabanyes, 2010).

### **I.3.5.- ¿Es una capacidad genética o adquirida?**

Cada persona tiene su potencial genético y una necesidad de interacción con su entorno. La resiliencia puede promoverse a través de combinar los procesos individuales y sociales que posibilitan afrontar la vida de forma saludable. Estos procesos se adquieren por combinación entre cualidades de la persona y su contexto social.

Es importante destacar que el fenómeno de la resiliencia ha sido considerado en un principio como una característica de personas excepcionales, sin embargo, a través de las distintas investigaciones sobre el tema ha quedado demostrado que no se nace resilientes ni se adquiere de forma natural, esto depende de la interacción de la persona y su entorno humano (Melillo y Suárez, 2001).

Otros autores como Rutter (2007) consideran que la resiliencia está vinculada a las situaciones adversas, siendo un proceso de aprendizaje, cambiante según el contexto, dentro de un continuo vulnerabilidad-resiliencia, asociado a factores de riesgo y de protección. Desde esta perspectiva, las cualidades psicológicas básicas (autoeficacia, autoestima, solución de problemas) actúan como amortiguadores de la adversidad. La profesora Rafaela Santos (2013) explica un experimento con roedores en los que provocaba estrés para forzar el desarrollo de la resiliencia. Si tenían una experiencia positiva anterior aumentan la resistencia. En un bidón de agua pusieron un ratón para que nadara en busca de la salida. Daba vueltas hasta que agotado no podía continuar y se hundía. Aguantaban 50 vueltas. Luego se introducía una ramita casi cuando iba a abandonar, y se agarró a la ramita. La siguiente vez aguantó 500 vueltas antes de rendirse. No se abatió antes porque sabía que había una salida. Es la esperanza del ser humano, que posee la capacidad para renacer de sus cenizas. Esto se puede aplicar en el ámbito profesional o personal y nuestras acciones nos convierten en lo que queremos ser. Pensar en que lo podemos conseguir se convierte en nuestra forma de vivir e ilusionados con el futuro. Aquí entra en juego la resiliencia, es decir, la capacidad que todo tenemos y que podemos desarrollar para afrontar las dificultades de forma constructiva y lograr los recursos creativos a pesar del trauma.

Si no se consiguen los objetivos pueden aparecer sentimientos de frustración, cambios de humor, irritabilidad y se reduce el deseo de superación. Sabemos que a lo largo de la vida se pueden pasar por acontecimientos traumáticos muertes, enfermedades, catástrofes naturales...y algunas personas sobreviven y crecen y otras se hunden y amargan. El modo de afrontarlo es la diferencia.

Siebert (2007), plantea que las herramientas para ser resilientes se pueden desarrollar, que no es algo que la persona nace con ella y que las herramientas resilientes se logran en la medida en que las competencias del individuo se incrementan. Siebert (2007), organiza las fortalezas resilientes en cuatro niveles por jerarquía a saber:

a) Salud y buen vivir: referente a la toma de conciencia y cuidados por parte del individuo hacia el desarrollo de un estilo de vida sano y saludable tanto física como emocionalmente. El autor señala esta fortaleza como la más importante para desarrollar resiliencia.

b) Confrontación de problemas: el autor señala que existen investigaciones que hacen una clara conexión entre la resolución de problemas y la resiliencia.

c) Mente versus cuerpo: se refiere a tres dimensiones que incluyen mente-cuerpo que ayudan al individuo a desarrollar más resiliencia como por ejemplo: buena autoestima, buen autoconocimiento y un positivo autoconcepto.

d) Auto dirección: se refiere a la capacidad del individuo para manejar por sí mismo las situaciones que se le presenten y motivarse a resolverlas.

#### *Es un proceso de adaptación con diferentes etapas*

Resiliencia es un proceso de adaptación positiva ante sucesos adversos y tiene dos componentes, la resistencia ante la adversidad con un enfoque positivo que soporta el estrés, y la capacidad de superarse, de transformar sucesos negativos en oportunidad de desarrollo y salir fortalecido de la situación. Ser resiliente no es que la persona no experimente tristeza o angustia. El dolor emocional es una respuesta humana. La resiliencia no es una característica que la gente tiene o no tiene de forma absoluta sino que es el resultado de conductas pensamientos y emociones que conforman la personalidad y, al mismo tiempo pueden ser aprendidas o modificadas según el autor. Es un proceso dinámico que surge de las cualidades del individuo en su historia vital, relacionada con el apoyo dentro y fuera de la familia que le aporta seguridad y confianza. La resiliencia no es una mera resistencia que aguanta el impacto ya que eso

es invulnerabilidad, la resiliencia es añadir la capacidad de ser flexible y saberse adaptar a las circunstancias de una forma positiva, así como proyectarse al futuro y seguir adelante sin renunciar a sus objetivos.

La actitud resiliente es cualidad personal para levantarse ante las dificultades, y afrontar la adversidad para salir fortalecido. La resiliencia no debe reducirse a personas que han sufrido una desgracia sino que es una actitud a desarrollar procurando vivir de forma fructífera, no es huir de la adversidad sino hacerle frente y saber afrontarla.

Las personas que desarrollan actitudes resilientes saben afrontar las dificultades sin miedo y son más estables. La resiliencia promueve la salud mental, y emocional y aporta calidad de vida y felicidad.

Para estudiar la resiliencia se entrevistan a personas que han sufrido un trauma y se fortalecieron y se adaptaron a la nueva situación y encontraron sentido a su vida para que fuera más productiva y mayor satisfacción personal.

Las etapas del proceso de resiliencia son según Rafaela Santos (2013): adaptarse, sobreponerse, recuperarse y superarse.

Después de pasar por enfado, rabia, miedo, comienza un proceso de adaptación:

1. adaptarse es aceptar la nueva situación. Aceptar vivir de forma diferente, y mirar hacia la meta.

2. Sobreponerse y mirar al futuro con esperanza si dejarse dominar por la pena.

3. recuperarse es mantener el esfuerzo con dosis de perseverancia y actitud positiva hacia la superación.

4. superarse con experiencia aprendida con mayor equilibrio emocional frente a situaciones de estrés, soportan la tensión y proporciona sensación de control frente a los acontecimientos y mantenerse activo.

Los componentes esenciales de la resiliencia se apoyan en dos pilares: resistencia a la destrucción y la capacidad para construir sobre los factores adversos. A partir de ahí se entrena la habilidad para resolver problemas, elaborar estrategias, cimentar el sentido de autoeficacia y fabricar expectativas de futuro.



*Aceptar una situación para madurar.*

Después de situación trauma la vida no es la misma porque hace cambiar la forma de pensar, actuar y sentir. Se observan cambios psicológicos en las relaciones, en ellos y en la vida y encuentran elementos positivos. Superada la tragedia aumenta la confianza en sí mismos, descubren la fuerza de los amigos, se modifica la escala de valores a un sentido más profundo y disfrutan de cosas sencillas, altruismo, se valora lo esencial.

El sufrimiento es parte de la vida. Optimismo e ilusión son motores en la vida y amortiguan los golpes. El buen humor genera clima de confianza, descarga tensiones. Las personas resilientes afrontan el futuro sin caer en el victimismo. No se centran en la pérdida sino en lo que pueden hacer desde las nuevas circunstancias. También el apoyo social y encontrar el sentido de la vida son factores determinantes para desarrollar la resiliencia.

Ante la misma situación unos se derrumban y otros se crecen y eso no está fuera del sujeto sino una actitud interior. El sujeto resiliente resiste los desafíos de la vida y transforma crisis en crecimiento. Tienen control emocional, autoestima, confianza en sus propios recursos, una vida estimulante y actitud positiva ante los retos. Es personalidad que amortigua los problemas. No nacemos con personalidad resiliente sino que teniendo mayor o menor potencial habrá que desarrollarla y pasa de capacidad de ser resiliente a la resiliencia efectiva.

Afronto la adversidad mediante los pilares de la personalidad resiliente que son compromiso, control y reto. Compromiso es sentir que somos capaces de afrontar retos basándose en el yo soy, yo tengo, yo puedo y me comprometo, de Edith Grotberg en 1995. Control sabiendo que los obstáculos son salvables y no sentirnos víctimas sin hacer nada sino decidir sobre nuestra vida. Reto es asumir que los problemas son parte de la vida y oportunidad para crecer y aprender. Esta manera de afrontar la vida es efecto protector de salud porque cambia las percepciones negativas, afronto conflictos, mejora la autoestima como resultado de ese afrontamiento. Favorece estilos de vida saludables.

Además la autora señaló que para hacer frente a la adversidad y superarla y salir fortalecido, estos niños tomaron los factores de resiliencia de 4 fuentes: Las fuentes interactivas de la resiliencia de acuerdo con Edith Grotberg (1995), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones

verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:

“Yo tengo” en mi entorno social. “Yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales. “Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros.

*En el que el ser humano desarrolla diversas capacidades*

Según la autora Rafaela Santos (2013,) las personas resilientes se caracterizan por haber desarrollado una serie de capacidades:

1.- Tienen confianza en sus propios recursos para lograr su proyecto de vida. Parten de sus fortalezas para afrontar los retos. Saben aceptar sus errores.

2.- Han logrado tener una buena autoestima porque se valora a sí mismo de forma positiva.

3.- Son resistentes al estrés y aportan seguridad a los demás. No tienen miedo de afrontar el futuro.

4.- Al no tener ansiedad presentan un mayor autocontrol emocional, y ven soluciones lógicas al problema buscando siempre una buena salida.

5.- Tienen una actitud positiva ante la vida. No se quedan en dificultades sino que las ven superables estableciendo estrategias para conseguir los objetivos.

6.- Desarrollan estilo de vida equilibrado combinando objetivos personales, profesionales, familiares y sociales.

7.- Son auténticos, sinceros y rectifican cuando se equivocan.

8.- Poseen capacidad personal para dar sentido a su vida. Se plantean en ayudar a otros más débiles.

9.- Utilizan el sentido del humor como estrategia de afrontamiento ante los conflictos, sabiendo relativizar y desdramatizar, viendo nuevas formas de ver los problemas.

10.- Tienen aficiones gratificantes y mantienen una sana independencia emocional, logrando estabilidad afectiva.

Estas capacidades no tienen que estar todas presentes al máximo pero se orientan a estas competencias en personalidad madura y estable.

La resiliencia es como un diamante (Santos, 2013), que resiste cualquier tipo de adversidad, con ánimo estable y brilla en facetas del interior. La personalidad resiliente es como un amortiguador que protege frente a los embates de la vida y no genera estrés. Es una fortaleza flexible. El ser humano tiene capacidad para adaptarse y crecer ante el sufrimiento. Antes de considerar a una víctima tras sufrir trauma y facilitarle el hundimiento se le deben ayudar a afrontar y crecer sabiendo que potencialmente tiene capacidad natural de adaptarse, resistir, aprender y fortalecerse ante las situaciones más adversas.

La capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas extremas es denominada resiliencia por Cabanyes (2010). Considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y se asocia con la salud mental. Realiza una revisión desde los conocimientos actuales, del concepto resiliencia y sus implicaciones en el ámbito de la salud. Ser resiliente supone afrontar, avanzar y transformarse después de haber sufrido una situación traumática.

En situaciones traumáticas, algunas personas logran resistir o recuperarse plenamente y a esta capacidad se la denomina resiliencia. El concepto resiliencia ha ido ganando relevancia en el ámbito de la salud y se ha expandido a otros contextos, como el de la educación y la política social, con aplicaciones en el campo de la empresa y del bienestar público. El interés por la resiliencia no se limita a las variables que la definen sino que incluye las que contribuyen a su desarrollo y potenciación que ya no hacen solo referencia a contextos o eventos extremos (Rutter, 2006).

Para Maganto (2010) la resiliencia engloba dos factores: la resistencia frente a la destrucción, o capacidad para proteger la propia integridad, y la capacidad para construir un proyecto vital positivo pese a circunstancias adversas que incluye la capacidad de la persona y del sistema social de afrontar esas dificultades.

Autores como Vanistendael y Lecomte (2002), señalan unas características en torno a la resiliencia: Es una capacidad para sobreponerse a las dificultades y de crecer. Se apoya en la fuerza de factores positivos como la amistad, proyecto de vida, espiritualidad que permiten la reconstrucción de la vida. Se construye con otras personas del entorno, siempre es modificable y mejorable. Es un proceso de

crecimiento, una proyección hacia una nueva etapa tras dificultades. Nadie puede reconstruir una situación adversa sino tiene apoyos, afrontar requiere articular responsabilidades a distintos niveles sociales, legales educativos y personales, es un proceso dirigido por los valores sociales y honestidad personal.

Aporta Cyrulnik (2003), datos para comprender el concepto de resiliencia. Parte de la hipótesis, de que el adulto sabe que cuando se cree o confía en una persona que atraviesa una dificultad, ésta puede desarrollar una capacidad exitosa de resistencia al dolor y entrenar recursos psicológicos que favorezcan el desarrollo positivo de la personalidad. Indica que un suceso desgraciado rompe la burbuja de protección del sujeto, se desorganiza su mundo y crea confusión, la persona ante esta situación puede estar desprotegida y debe encajar el golpe y afrontarlo. Es preciso dar sentido a esta fractura para no quedarse mucho tiempo en esta situación, en que no se decide nada porque no se comprende nada. Es el proceso de cicatrización y reconstrucción. Es importante saber en qué consiste el andamiaje que rodea al sujeto tras el shock y cómo retomar su vida, pese a la herida y el recuerdo (Cyrulnik, 2003, 2005).

### **I.3.6.- Riesgo de vulnerabilidad y factores protectores:**

Traumas o maltrato en la infancia, rasgos de personalidad, de inseguridad, aislamiento, y baja tolerancia a la frustración. Lo que más afecta a la resiliencia son las causas ambientales y de educación temprana y puede ser resiliente o vulnerable.

Situaciones como la del 11-S en Nueva York y el 11-M en Madrid ponen a prueba la resiliencia de los ciudadanos. Se define la resiliencia como la capacidad del individuo para reaccionar de forma adecuada ante un suceso grave y crecer personal y socialmente ante la desdicha (Maganto, 2010).

Los traumas reactivan el sistema inmunológico y psicológico del ser humano y hacen aflorar otros daños psíquicos aunque sean antiguos. Las personas poco resilientes reexperimentan los recuerdos traumáticos alterando su equilibrio emocional. Los resilientes gozan de mayor estabilidad emocional a pesar de vivir las mismas experiencias. Personas expuestas a un trauma tienen síntomas de daño psicológico pero no todas ellas desarrollan una enfermedad. Tras una catástrofe pueden experimentar ansiedad, estrés y depresión como en el atentado 11-S y estudios del doctor Schuster (2001) exponen cómo superaron los neoyorkinos la tragedia: 98% compartieron su

experiencia, el 90% volvió a la religión, el 60% participó en terapias grupales. El 36% hizo donativos. Estos medios sirvieron para la búsqueda de un sentido más profundo de la existencia. El 85% de los afectados se recuperó del trauma sin intervención profesional. Al mes el 75% con estrés postraumático. A los 12 meses el 1% con estrés.

Se pueden cronificar los trastornos si ha habido previamente un trauma no superado o mal afrontado. Sucede en casos de aislamiento o escasa red social que atenúe los efectos y favorezca la superación. En estas situaciones se pregunta por el sistema de valores, si lo vivido es válido, y después de un impacto emocional es posible generar un aprendizaje y crecimiento personal. Las personas resilientes expresan un aumento de confianza en sus capacidades para afrontar cualquier adversidad futura como si el trauma desarrollara recursos latentes.

Maganto (2010), señala cómo se puede convertir el trauma en estímulo. Sujetos que superan un trauma y crecen con este acontecimiento. Ante un suceso traumático o te destruyes o te creces, o víctima o te superas. Comentan los sujetos resilientes que se convirtieron en mejores personas y logran el éxito personal a través del sufrimiento. Un trauma puede llevar a un crecimiento o una oportunidad. Se huye del dolor, pero se debe aprender a perder para ganar, el esfuerzo, aplazar la gratificación. La resiliencia ayuda a no sólo enfrentarse a la adversidad sino a beneficiarse del impacto negativo. El ser humano se crece ante los retos. Superar el desafío hace crecer el sentimiento de satisfacción. Vivir implica esfuerzo y lucha. El impacto negativo lo sufre también el entorno y el deseo de que los demás no sufran es motivación para compensarlo tengo deseo de superar el trauma, desarrollar la capacidad de adaptación frente al trauma.

Mecanismos protectores que favorecen la resiliencia: rasgos genéticos, educativos, cuidado de un tutor resiliente, relaciones que propicien la integración social y pertenecer a un grupo. Los factores de resilientes son los que logran transformar la dificultad en ventaja para construir un bienestar físico y mental y salir fortalecidos. Factores protectores:

Según la psicóloga Edith H. Grotberg (1995), los factores de ayuda que promueven la resiliencia se categorizan en tres dimensiones: interna o nuestro carácter, externa de apoyos familiares amigos o instituciones y la dimensión social que es la interacción con los otros, y la capacidad de resolver problemas: Fuerza interior, factores de protección externo y los interpersonales: Yo tengo apoyo social. Yo soy fortaleza interna. Yo estoy dispuesto a hacer. Yo tengo habilidades.

### **1.3.7.- Sustrato neurobiológico de la resiliencia:**

Cuando pensamos el cerebro pone en marcha sustancias químicas. Se llaman neurotransmisores y son los encargados de llevar esa información para que el sentimiento acompañe a cada pensamiento. Si el pensamiento es positivo se fabrica una sustancia química llamada serotonina y nos hace ser más felices. Los pensamientos negativos se acompañan de emociones que provocan actitudes que influyen en la conducta y van configurando la personalidad. Podemos configurar nuestro cerebro para alcanzar las metas. La psicología positiva postula que el cerebro se puede modular con el pensamiento: somos lo que pensamos (Santos, 2013).

El cerebro se configura a lo largo de los años con experiencias vividas. Evalúa el entorno interior con el exterior. Un pensamiento de inseguridad pone en marcha una serie de reacciones bioquímicas cerebrales que envían información a ciertas parte del córtex cerebral y que se traducen en un sentimiento de angustia y puede generar estrés y ansiedad llegando a tener una personalidad depresiva y se cronifica en vida sin ilusiones. También ocurre que la bioquímica cerebral se modifica en función de la conducta y emociones asociadas a la competencia personal. Se consigue por psicofármacos modificando receptores cerebrales pero para ser duradero precisa la modificación de conducta y ejercitarla hasta el hábito positivo. Cambiar es empezar a pensar de forma distinta en mismas circunstancias para lograr resultados diferentes.

Los estudios sobre la vinculación de la resiliencia con las neurociencias son los enfoques de investigación más recientes. Entre ellas desataca la propuesta vinculando la resiliencia con la neuroplasticidad (Cicchetti y Blender, 2007).

Se conoce la implicación del sistema neurohipófiso-suprarrenal, particularmente a través del cortisol, en el afrontamiento de situaciones adversas. El aumento del alerta ante una amenaza supone un incremento de los niveles de cortisol; mientras que un adecuado manejo del estrés lleva consigo una reducción de esos niveles. La regulación del sistema que podría estar en la base de la resiliencia (Luthar, 2006).

El hemisferio derecho se ha asociado con el manejo de experiencias negativas y de privación, y el izquierdo con las positivas y de logro. En esta línea, algunos datos apuntan a una diferente activación cerebral en relación con la capacidad resiliente y fundamentan su sustrato neurobiológico que implica a estructuras del sistema límbico con una cierta lateralización hemisférica.

En conjunto, los datos disponibles actualmente sobre resiliencia sugieren la presencia de un sustrato neurobiológico, en gran medida de base genética, que correlaciona con rasgos de personalidad, algunos configurados por la vía del aprendizaje social, que proporcionan grados variables de vulnerabilidad a los estresores y una cierta predisposición y desarrollo de algunas psicopatologías, particularmente, los trastornos de personalidad, los de ansiedad y los afectivos (Cicchetti y Blender, 2006).

Ante situación difícil la vida no se bloquea sino que continúa. Es cualidad natural pero se puede desarrollar proactivamente. No es invulnerabilidad sino autorregulación y adaptación y aprender a ser más fuertes. Luchan y se le reconoce socialmente su lucha y le da valor. Las personas resilientes maduran su personalidad y se sitúan en el marco de la prevención de la salud. La neurociencia enseña que las personas resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a situaciones de estrés y les aporta sensación de control y desafíos.

### **I.3.8.- Cómo construir la resiliencia:**

¿Cómo conseguir que una persona que ha sufrido o que está sufriendo pueda aprender estrategias que le ayuden a soportar el golpe y restablecer su estabilidad emocional? Supone un esfuerzo constante para superar los retos. Para que la persona adquiera una capacidad resiliente precisa relaciones afectivas, puntos de referencia, recuerdos felices, y desde estas imágenes construir nuevos cimientos de estabilidad afectiva.

Señalamos atributos que los estudios han identificado en los sujetos resilientes y que son susceptibles de ser contruidos (Melillo y Suárez, 2001):

- ✓ Autoestima consistente: es la base, es el fruto del cuidado afectivo de un adulto significativo.
- ✓ Introspección: es la facultad de preguntarse por las cosas que le ocurren y darse una respuesta honesta.
- ✓ Independencia: Son los límites entre uno mismo y el medio adverso, es la capacidad de mantener la distancia emocional y físico sin caer en el aislamiento.
- ✓ Capacidad de relacionarse: es la habilidad de establecer lazos con otras personas, y establecer un equilibrio entre necesidad afecto y actitud de atender a los demás.
- ✓ Iniciativa: es la capacidad de emprender, exigirse en tareas exigentes.
- ✓ Humor: Habilidad para sonreír, ver el lado humorístico de la adversidad y tomar nueva perspectiva de la situación.
- ✓ Creatividad: es el arte de construir, idear, y disfrutar de la belleza.
- ✓ Altruismo: deseo personal de extender y promover bienestar a los otros. Se sale de la adversidad y se es altruista.
- ✓ Capacidad de pensamiento crítico: permite analizar las causas y responsabilidades de la adversidad que sufre.

La persona resiliente podrá ser más fuerte, afrontar problemas, soportarlos y superarlos.

Autores como Vanistendael, 1994, Catret, 2007, Forés y Grané, 2008 consideran las siguientes dimensiones para desarrollar la resiliencia:

1. Cubrir las necesidades físicas de base: asegurar las necesidades básicas de alimento, sueño o salud para construir o reemprender su vida.

2. Asegurar un vínculo afectivo de relaciones: elemento clave para desarrollar la resiliencia es experimentar la aceptación de al menos otra persona. Es sentirse seguro, querido, escuchado comprendido hasta en las equivocaciones. Los primeros vínculos son los familiares, amistad, vecindad...es lo que llama Boris Cyrulnik (2005), personas de confianza y apoyo: tutores de resiliencia.

3. Descubrir un sentido de vida: un segundo elemento clave en la vida es la capacidad de descubrir un sentido clave en la vida. Se trata de dar una orientación a la vida, aprender a construir la historia personal de forma coherente. Trata de configurar un proyecto de futuro personal o profesional, aceptar responsabilidades, sentirse útil a los demás, confiar en el futuro...

4. Desarrollar competencias y aptitudes personales, sociales y profesionales: A lo largo de la vida incorporamos estrategias de adaptación positiva pero qué competencias en formar personas con resiliencia? Existe vínculo entre resiliencia y estos aspectos:

- Éxito social (se configura como capacidad para dar respuesta adecuada en distintas situaciones, empatía, flexibilidad, capacidad de dar y recibir afecto y realización laboral).

- Autonomía (a través del desarrollo de la propia identidad, percepción de la valía personal y tomar distancia ante los mensajes negativos).

- Perspectiva de un futuro prometedor: a través de aspiraciones y actitud positiva que empuja hacia delante hacia objetivos realistas.

5. Utilizar el sentido del humor: recurso en momento de adversidad como elemento de relajación y distensión y activa la inteligencia y el cuerpo. El humor ayuda a relativizar los problemas, ayuda a descubrir aspectos positivos, crea vínculos entre las personas, ayuda a dar sentido a la vida. Es la facultad de seguir sonriendo ante la adversidad.



Estos elementos en los resilientes funcionan en interacción. Personas que adquieren determinadas actitudes que les mejoran lo reflejan en su conducta y en habilidades que desarrollan. Una persona se siente aceptada por otra a la que quiere, si tiene objetivos que den sentido a su vida pues tendrá mejor concepto de si misma y se siente más valorada.

Stefan Vanistendael (2005), propone el símbolo de una casa para representar las dimensiones que se pueden desarrollar. La resiliencia se construye como una casa, se asientan las bases, los cimientos, dependencias. Ofrece protección pero a veces no puede resistir siempre a todas las catástrofes. Se debe cuidar la casa, mantenerla y hacer reparaciones.

***Incrementar estrategias de afrontamiento:***

La vida de las personas puede tener adversidades y crisis: pobreza, enfermedad grave, accidente, muertes...Afrontar estas situaciones para alguna personas es difícil y pueden desmoronarse al tener sentimientos de miedo, depresión o ansiedad. No pueden centrarse en el trabajo ni vida cotidiana, no comen, o tienen reacciones negativas tan fuertes que no recuperan su ritmo anterior. Señala Maganto (2010) que la psicología muestra tres formas básicas de afrontamiento: centrarse en la resolución de problemas, en las emociones o en ambas. Centradas en la resolución de problemas creen que pueden controlar la situación y utilizan estrategias como un plan de acción, piden consejo...pero ante sucesos que no pueden resolverse ya sean muertes o enfermedad grave la forma de afrontar es mejor centrarse en las emociones para manejar las reacciones negativas, son estrategias de tipo conductual o cognitivo, es decir, actividades conductuales agradables para salir de uno mismo tomando distancia a la situación y dar un respiro al sufrimiento. Las actividades cognitivas son alternativas de pensamiento diferente como reinterpretar positivamente la situación, buscar algo bueno en lo que sucede, aceptar la realidad, aprender a convivir con la situación, o volcarse en la fe.

Optar por las estrategias conjuntas con problemas y soluciones es lo favorable ya que permite afrontar la adversidad con mayores recursos. Importante utilizar estrategias que alivien el sufrimiento provocado por suceso traumático y aprender para resolverlo en el futuro algo similar con menos esfuerzo.

### **I.3.9.- Recomendaciones derivadas de la investigación científica:**

1. ***Descubrir el lado positivo del trauma:*** tratar de ver el lado positivo del suceso negativo: no hay mal que por bien no venga. Es cambiar el enfoque y adquirir nueva perspectiva de la vida, intentando obtener algo bueno para si y aumentar el crecimiento personal. Esta tarea parece difícil pero personas con enfermedades graves o que han sufrido pérdidas informan que este suceso les cambia su vida: es una llamada de atención sobre prioridades y toman conciencia de lo que es importante realmente. Incluso han visto una fortaleza en ellos que desconocían (Collins, Taylor y Skokan, 1990).

2. ***Desarrollar fortalezas y transformarse:*** afrontar el dolor pérdida o trauma nos puede hacer más fuertes y descubrir que tenemos más recursos de los que pensamos. Dice Friedrich Nietzsche: lo que no me mata me fortalece: Encontrar lo bueno de un trauma significa una verdadera transformación personal (viuda que dependía del marido y ahora resuelve y aprende nuevas habilidades). Resultados de investigación demuestran que cuando a una sujeto le pasa una situación negativa, se desestabilizan sus cimientos y se ve obligada a replantearse sus prioridades, identidad, su vida y ello le conduce a crecimiento personal, fortalecimiento y transformación positiva (Tedeschi y Calhoun, 2004).

3. ***Buscar interacción y apoyo social:*** Una estrategia eficaz para superar la adversidad es recurrir a la interacción con los demás buscando apoyo y consuelo. Buscar ayuda en amigos, pareja, compañeros proporciona la contención, apoyo, espacio para compartir los sentimientos y ofrece la oportunidad de que uno no se encuentra solo ante los problemas. Hablar con otros sobre el problema no solo sirve para afrontar el problema y verlo desde otra dimensión sino que refuerza la relación. Acudir a las personas allegadas o buscar activamente apoyo social hace que la angustia y depresión disminuya y que incluso se percibe una mejora en su salud (Vanistendael, 2005).

4. ***Dar sentido a la adversidad:*** Cuando ocurre un acontecimiento grave o una pérdida inesperada o la pérdida del trabajo es difícil dar sentido. Se preguntan ¿Por qué a mí? Dios lo permite? Los psicólogos afirman que cuando sucede la amenaza del

suceso su mundo se tambalea, dicen que es importante afrontar la adversidad pero también analizar y comprender el suceso negativo y sus implicaciones. Creer que vivimos en un mundo justo si a alguien bueno le ocurre algo se pone en tela de juicio. Violentar a mujeres daño en integridad física, autoestima o incluso se responsabiliza de ello. Es posible por ello que la persona que pasa por una situación dolorosa tenga que replantearse sus valores o creencias y encontrar sentido a la adversidad. Dicen los autores que las investigaciones demuestran que las personas dan sentido de muchas formas (reconociendo ante una pérdida que la vida es breve y frágil, a voluntad de dios, por abuso de alcohol o como señal para cambiar el rumbo de su vida (Vanistendael, 2005).

El trabajo que dio origen al concepto de resiliencia como resistencia al estrés fue el de E. Werner (1982), quien estudio durante 30 años a 698 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai y que pasaron grandes penurias a lo largo de su desarrollo. Muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, tal y como, desde el punto de vista de los factores de riesgo, se esperaba. Pero ocurrió que muchos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes.

Posteriormente se aplica por primera vez al campo de las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

El primero que utilizó en sentido figurado el concepto de resiliencia, tomándolo prestado de la terminología física, fue Bowlby (1992), quien la definió como el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir.

En síntesis, las diferentes definiciones del concepto de resiliencia enfatizan características del sujeto: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones vitales adversas, estresantes, etc.; que le permiten atravesarlas y superarlas (Melillo y Suárez, 2001).

La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1995). Según este autor, el concepto incluye

además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

Cambiar el estilo de vida y cuando esto no es posible manejarlo y mantener los actuales sin que ello te afecte, hacer todo lo anterior sin actuar de una manera dañina o disfuncional (Siebert, 2007).

Existen muchas maneras de significar la adversidad y la resiliencia. Edith Grotberg (2001), una de las más importantes especialistas en el tema, afirmó que la resiliencia es parte de la salud mental y de la calidad de vida; ésta se mide de acuerdo a la definición básica que ella proporciona: resiliencia es la capacidad humana para afrontar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por experiencias de adversidad. Esta autora precisó una fórmula para operacionalizar el concepto de resiliencia, ésta es una herramienta imprescindible para todo investigador que haya aplicado este concepto a la prevención de riesgos. La formula es: si tengo y soy/estoy, entonces puedo.

Los estudios llevados a cabo por Fredrickson et al. (2003), a partir de los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, encontraron que la relación entre resiliencia y ajuste tras los atentados estaba mediada por la experimentación de emociones positivas. Así, se afirma que las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional. De hecho, se ha sugerido que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia. Por otro lado, parece ser que la experimentación y expresión de emociones positivas ejercitan a su vez emociones positivas en los demás, de forma que las redes de apoyo social se ven fortalecidas (Fredrickson et al., 2003). El hallazgo de resiliencia es de gran importancia ya que al ser una característica que se adquiere, esto permite fomentar su adquisición. Un claro facilitador de la aparición de resiliencia es la presencia en el desarrollo del niño, de una relación emocional estable con al menos uno de los padres o con algún adulto significativo. La infancia temprana es un periodo excelente y apropiado para comenzar con la promoción de resiliencia y salud mental.

Así también, es importante remarcar que el nivel socioeconómico y la resiliencia no están relacionados; no existe relación alguna entre inteligencia y resiliencia y/o clase social y resiliencia, así como el buen rendimiento escolar no es resiliencia. Sin embargo, la resiliencia puede ser medida y es parte de la salud mental y la calidad de vida. Cada día más personas consideran la resiliencia como una característica de la salud mental.

De hecho, la resiliencia ha sido reconocida como un aporte a la promoción y el mantenimiento de la salud mental.

### **I.3.10.- Trabajar con la adversidad: intervención**

El concepto de resiliencia ofrece un abanico de posibilidades ya que enfatiza las fortalezas o aspectos positivos de los seres humanos. No atiende a las carencias que era lo que se enfatizaba en el enfoque hasta los años sesenta del siglo XX, siendo los programas de intervención de tipo compensatorio para suplir las carencias del sujeto. El enfoque de resiliencia resalta los aspectos positivos que muestran las personas y sus posibilidades para la superación.

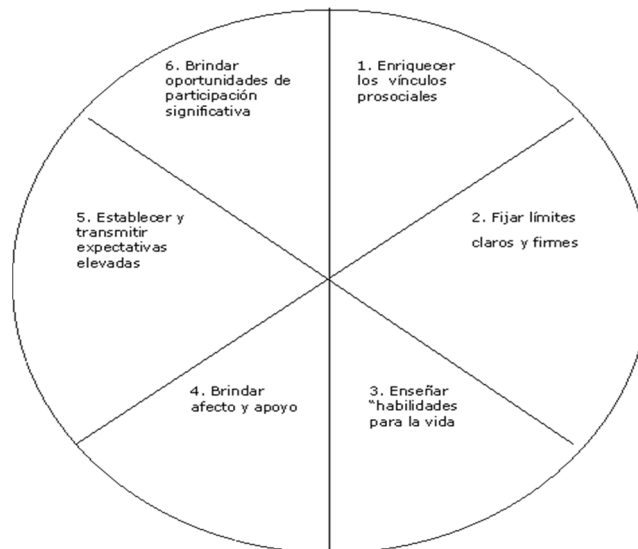
Hay estudios para promover la resiliencia de forma efectiva con programas de intervención. Para desarrollar esta dimensión cognitiva y emocional no es reducirla a buenas prácticas estables para cualquier persona sino desarrollar una mirada positiva en todas las dimensiones que afectan a la persona: educación, salud... La contribución más importante es que se pueda aplicar a personas que no sufren traumas ni situaciones adversas. Los principales elementos que configuran la resiliencia son los que favorecen afrontar con fuerza las dificultades de la vida cotidiana, y a la vez proponer la felicidad de las personas. Dos conclusiones: ampliar su acción a otros sectores sociales creando condiciones para que la familia, escuela y comunidad promocionen las dimensiones que favorecen la resiliencia, y asumir la responsabilidad de implicarse en el afrontamiento de la adversidad.

Trabajar la resiliencia con Cuestionario sobre resiliencia: conoces a personas resilientes, cómo te ayudaron, escribe una situación adversa que viviste, escribe positivamente que beneficios has tenido de esa situación, y si hoy pasara esa situación qué estrategias harías.

**RUEDA** de la resiliencia: La rueda de la resiliencia de la terapeuta clínica Nan Grotberg (2006), es un diagrama que recoge 6 pasos necesarios para promover la resiliencia en las escuelas. Los pasos 1-3 mitigan los factores de riesgo: Enriquecer los vínculos, fijar los límites y enseñar habilidades para la vida como la resolución de conflictos y la cooperación. Los pasos 4-6 tienen que ver con la construcción de la resiliencia: Aportar afecto y apoyo, establecer expectativas y dar oportunidades de participación.

- ✓ 1. Enriquecer vínculos prosociales.

- ✓ 2. Fijar límites claros y firmes.
- ✓ 3. Enseñar habilidades para la vida
- ✓ 4. Brindar afecto y apoyo
- ✓ 5. Establecer y transmitir expectativas elevadas
- ✓ 6. Brindar oportunidades de participación



**Ilustración 3. Rueda de la resiliencia de Grotberg (2006).**

Los puntos 1-2-3: mitigan factores de riesgo en el ambiente.

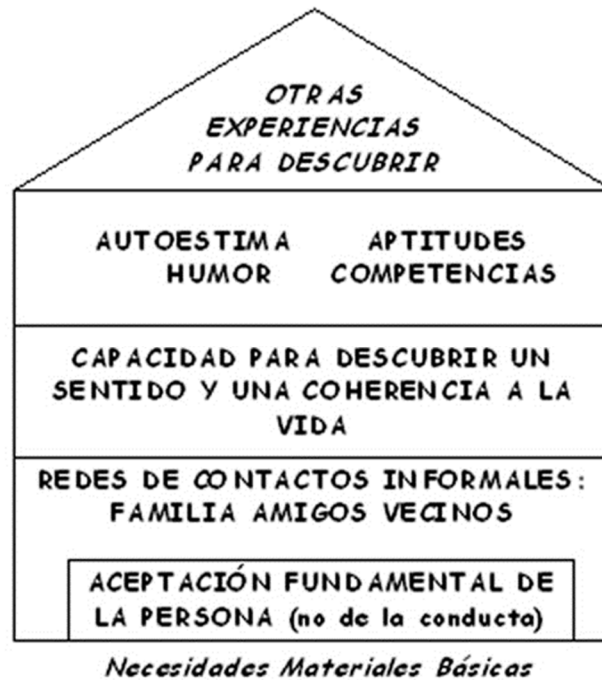
Los puntos 4-5-6: construyen resiliencia en el ambiente.

La resiliencia es la capacidad de un grupo o persona de afrontar, sobreponerse a las adversidades y resurgir fortalecido o transformado según lo autores Anna Forés y Jordi Grané (2008). Es la generación de la esperanza ante el sufrimiento. Facilita un mejor desarrollo para proyectarse en el futuro a pesar de sucesos desestabilizadores.

***La casita de Vanistendael:***

Es una metáfora desarrollada por Stefan Vanistendael (2002). Es la casa de la resiliencia que representa los aspectos de la resiliencia y una herramienta pedagógica para intervenir en resiliencia. El hogar es vida y la resiliencia trata de construir mundo humano. Cada estancia de la casa representa un dominio de intervención potencial para construir y mantener la resiliencia, y que acciones (muebles) poner en marcha. Vanistendael recomienda intervenir en diversas estancias de la vivienda a la vez.

Las necesidades físicas básicas están situadas en **la casita de Vanistendael** (2002), así:



**Ilustración 4. La casita de la resiliencia de Vanistendael (2002).**

Otras experiencias están situadas en el tejado. En la chimenea de la casa está el amor. En el piso superior estarían la autoestima, aptitudes y competencias y el humor. En el primer piso estaría situada la capacidad de descubrir un sentido. Y en la planta baja las redes de contactos y la aceptación fundamental de las personas. El material de construcción de la casa como son los ladrillos, metales...representan la adaptación de la intervención a la cultura de fiestas, costumbres...

En primer lugar satisfacer las necesidades básicas físicas de comida, dormir, salud y luego ya la resiliencia, sino no se puede trabajar la resiliencia. Luego la familia, los amigos,...sentido de la vida...capacidad de proyectarse al futuro y objetivos realistas.

La resiliencia ligada a aspectos como el éxito social (empatía, afecto, comunicación), autonomía (identidad, autosuficiencia...), futuro mejor, optimismo, y habilidad para resolver problemas (creatividad y espíritu crítico).

Según la autora Anna Forés (2008), lo que hace una persona resiliente es: Sentir que controla su vida. Fortalece su resistencia al estrés. Tiene empatía con otras personas. Desarrolla una comunicación afectiva y capacidades interpersonales. Tiene habilidades para solucionar problemas. Establece metas realistas. Aprende tanto del

éxito como del fracaso. Es compasiva. Lleva vida responsable. Se siente especial mientras ayuda a otras personas a sentir lo mismo.

En una de las habitaciones está el sentido del humor que ayuda a conservar la sonrisa en los momentos difíciles y es estrategia de adaptación positiva. El sentido del humor es el equilibrio entre la euforia y la depresión relativizando los problemas y soporta así los golpes existenciales y crea distancia entre el problema y la persona. Una casa como una persona no tiene una estructura resiliente, se construye, tiene una historia, necesita recibir cuidados y mejoras, y las distintas habitaciones se comunican entre sí igual que los elementos que promueven la resiliencia. Si alguien pasa por una enfermedad se pregunta por qué a mí. Es necesario dar explicaciones y dando sentido a la vida y se construye en la comunicación en la comunidad y dar sentido permite construir la resiliencia y sobreponerse a las dificultades. Si buscas sentido a la vida puedes sobrevivir a la adversidad, sentido a su existencia

Los pilares de la resiliencia basados en Wolin y Wolin (1993), son:

- ✓ Introspección: Capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honorable, honesta y sincera.
- ✓ Independencia: Capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento; saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas
- ✓ Capacidad para relacionarse: Habilidad para establecer lazos e intimidad con otros y equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- ✓ Iniciativa: Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas cada vez más exigentes o demandantes.
- ✓ Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia.
- ✓ Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- ✓ Moralidad: Extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores (sobre todo a partir de los 10 años).

Por otra parte las Características resilientes en los distintos niveles ecológicos según Ungar (2001), son:

- ✓ Características Interpersonales: Relaciones significativa con otros, saber mantener su red social, capacidad de saber restablecer la autoestima cuando es amenazada por otros, ser asertivo, atención positiva en los otros.
- ✓ Características familiares. Calidad en la crianza y educación, expresividad emocional, flexibilidad, bajos niveles de conflictos familiares, recursos financieros suficientes, colaboración, elaboración de apegos seguro.
- ✓ Características del ambiente y socioculturales: Ambientes seguros, acceso a recursos comunitarios educativos y de ocio, percibir apoyo social, percibir integración social, afiliación a organizaciones religiosas

Los diez caminos para construir la resiliencia: la APA (Asociación Americana de Psicología), realizó campaña para promover la resiliencia: el camino de la resiliencia para proveer a la población herramientas e información para sobrevivir ante



adversidades. La resiliencia puede aprenderse. Es un proceso: hacer conexiones, evitar ver las crisis como problemas insuperables, los cambios son parte de la vida, avanzar sobre sus objetivos realistas, actuar con decisión contra las adversidades, buscar oportunidades para descubrirse a sí mismo, alimentar visión positiva de sí mismo. Prever el largo plazo, mantener visión esperanzada. Saber cuidar las necesidades.

La resiliencia desde la ecología social humana es fruto de la interacción entre los diferentes sistemas que envuelven a la persona sometida a la adversidad según sus características personales, su familia, la comunidad y los sistemas sociales y cultura. La familia resiliencia posibilita a cada sujeto la capacidad de seguir creciendo ante las adversidades. Entiende los sucesos de la vida como un proceso continuo y constructivo y crea formas activas y saludables para satisfacer las necesidades de cada sujeto. La familia resiliencia ofrece reglas claras, da apoyo mutuo, afronta situaciones eficazmente, fomenta expectativas positivas, da apoyo a las actividades, participa socialmente...

La escuela es clave para desarrollar capacidad de sobreponerse a las adversidades. Promueve sentimiento de comunidad y sensación de pertenecer a un grupo sin violencia y aportan herramientas para afrontar las adversidades.

La resiliencia comunitaria parte de que al igual que un sujeto puede superar una adversidad, la comunidad también. Las comunidades son resilientes y responden a situaciones adversas como catástrofes, crisis, delincuencia que son como desafíos que movilizan las capacidades solidarias de la población y emprender procesos de renovación. La comunidad resiliente tiene autoestima colectiva, sentido de comunidad, identidad cultural, humor social y encuentran respuestas originales, honestidad estatal, capacidad de generar liderazgos, democracia en la toma de decisiones, y solidaridad.

La resiliencia no es estática ni aplicable por igual a todo el mundo estas prácticas buenas sino que su mirada es renovadora y debe haber cambios si hay cosas que no funciona. No se habla de resiliencia en términos individuales y atributos personales sino que se teje en relación con las demás personas. La resiliencia tiene una dimensión comunitaria, una persona no puede convertirse en resiliencia por sí sola. No es solo para colectivos en riesgo y precisa solidaridad social. La importancia de la resiliencia es extrapolarla a personas que no padecen adversidades.

**I.3.11.- Resiliencia, vida y salud:**

El autor Siebert (2007), se pregunta por las personas con salud mental buena aun sobreviviendo a situaciones adversas sin convertirse en pacientes psicológicos e incluso salían fortalecidos de esa situación. Habla de supervivientes de los campos de concentración durante el Holocausto que lejos de estar enojados o amargados incluso son felices. Este autor se acercó al concepto de Abraham Maslow de brecha continental, que el estrés puede ser vivido por algunas personas como algo que les hace débiles desde el comienzo, o personas que se enfrentan y salen fortalecidos ¿Cómo? Entrevistó a personas supervivientes haciendo preguntas y escuchando. Obtuvo rasgos de personalidad del superviviente, y ¿cómo se pueden utilizar esos rasgos en el mundo laboral?

La resiliencia para el autor no sólo es para personas que han sobrevivido a una situación traumática y desean vivir una vida normal, sino que se puede utilizar en personas sanas que pueden mejorar los reveses de la vida normal, utilizando sus habilidades innatas, y desarrollar la resistencia y recuperarse de los contratiempos.

Ante un suceso traumático unas personas se hunden y son víctimas, culpan a los otros y entran en espiral de pensamientos infelices. Otras personas se enfrentan a la angustia, se orientan en la nueva realidad, y se adaptan. Reaccionan y entran en espiral positiva e incluso salen fortalecidos, esperan responder, y encuentran buena suerte en situaciones difíciles.

La psicología de la resiliencia puede enseñar a convertirse en persona resistente: optimismo, fortaleza, resistencia al estrés, creatividad, inteligencia emocional son cualidades de la resiliencia.

Personas se estancan en papel de víctima, y no dan paso para superar las dificultades, se siente desamparada, y coloca la responsabilidad de conseguir una vida mejor en los demás. Las emociones negativas como ira miedo ansiedad desesperación reducen la capacidad para solucionar los problemas y debilitan su resiliencia. Resistencia es ser capaz de recuperarse, se pueden permitir sentir miedo rabia pero no de forma permanente.

***La habilidad de resistir***

Mantener la calma y evitar el agotamiento de la resistencia, mejorar habilidades para solucionar problemas, mantener el sentido del humor, optimismo y sentimientos

positivos en los momentos más duros, alejarse de las reacciones victimistas, y hacer de la resistencia un arte. Pocas personas tienen una resistencia innata pero tenemos la habilidad de aprender para poder resistir, adaptarnos, y hacer que una situación adversa acabe bien.

La habilidad de resistir supone optimizar su salud, capacidad de solución de problemas, descubrir su talento (serendipia es la capacidad de transformar las desgracias en buena suerte). Desarrollar la autoestima. Respuestas dirigidas al problema favorecen la resiliencia, y dirigidas a las emociones conducen a la desesperación.

En los años 60, Julian Rotter desarrolló un test psicológico para ver qué estudiantes de la universidad podrían iniciar protestas contra la guerra de Vietnam y quienes no, si no había otro líder. Los que iniciaban movilizaciones eran los que tenían mayor control interno. Los que pensaban que el control de su vida depende del exterior no iniciaban movilizaciones, por más infelices que estuvieran con sus problemas. Así personas que creen que su destino esté bajo control externo actúa de modo que sus creencias se confirmen. Y los otros igual creen en lo interno pues interno...Fuerzas externas, suerte y azar determinan la vida o las creencias de que es capaz de aprender a partir de su experiencia y de influir sobre cómo se desarrolla su vida. Estudios demuestran que personas con control interno se adaptan mejor a situaciones difíciles, consideran que su personalidad es responsable de cómo les va la vida y que tienen control sobre los sucesos y sus respuestas. Personas que se sienten desamparadas y víctimas y que culpan a los demás tienen puntuaciones altas en control externo, no creen que su esfuerzo pueda hacer que las cosas vayan mejor y piensan que la solución de su infelicidad depende de otras personas y fuerzas externas. Las personas resilientes no esperan que los demás le rescaten, actúan según sus sentimientos, establecen objetivos, y tratan de alcanzar esos objetivos y salen del proceso de resistencia con una vida mejor que antes. Más adelante explican que están contentas de que les ocurriera aquella situación difícil.

Ser resistente es esencial para la supervivencia. La adversidad trae beneficio si se busca y ve beneficios de la adversidad. Los sueños se pueden transformar en objetivos y alejar la mente de lo que no desea y actúa. Los supervivientes manejan bien sus sentimientos ante las dificultades, y esperan recuperarse y encontrando la manera de que las cosas salga bien. Capacidad de resistir en momentos difíciles, ser perseverante,

establecer objetivos y alcanzarlos. Las cosas suceden por algún motivo, es una oportunidad.

Actividades de resistencia: hablar con personas que pasaran por condiciones difíciles y que expresen sentimientos positivos sobre lo que les pasó. Cómo dieron la vuelta a la situación, cómo se sienten. Cómo controla el entorno y su reacción.

Optimizar la salud: nuestras mentes y actitudes pueden convertir las amenazas en retos que nos producen fuerza.

La resiliencia es la capacidad para adaptarse a los cambios y a las crisis vitales, es la clave para tener una vida saludable y productiva. Programa de Siebert (2007) para incrementar la resiliencia:

Conservar la emoción positiva en los peores momentos. Mejorar la capacidad analítica, y creativa para resolver problemas. Reforzar confianza y autoestima en sí mismo, desarrollar habilidades de personas resilientes. Construir la serendipia o capacidad para convertir los accidentes en buena suerte.

#### **- Resiliencia y recuperación**

Resiliencia para recuperarse de la adversidad. Desarrollar respuestas resilientes sabiendo mirar, no ver lo negativo, tomar perspectiva y relativizar los problemas y considerar si lo que ocurre adversamente se puede transformar en oportunidad. Sobreponernos a las dificultades, aprender de los errores, superar obstáculos y salir fortalecidos de las experiencias. El proceso resiliente engloba en la vida fragilidades, fortalezas y oportunidades y se pueden aprovechar para reconstruirnos (Gómez-Acebo et al., 2013).

Hay personas que se adaptan con el tiempo a las situaciones difíciles por el desarrollo de un carácter determinado. La personalidad resiliente es una forma de ser, estar y relacionarse útilmente sobre todo en situación de amenaza externa que supera mecanismos fisiológicos de adaptación. En el año 2010 aparece este término en la Real Academia Española (RAE). Resiliencia, del verbo latino *resilio*, *resilire* (saltar hacia atrás, rebotar), se define como la capacidad de afrontar la adversidad y lograr mayor equilibrio emocional ante las situaciones de estrés. Según Gómez-Acebo et al. (2013), supone mayor capacidad de adaptación al cambio y a los retos y mayor capacidad para sobrellevar emociones negativas.

## **I.4.- LA INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIA.**

### **I.4.1.- Resiliencia en cuidadores**

Se ha estudiado la resiliencia en cuidadores de personas con demencia observando que este cuidado que a menudo tiene efectos negativos en la salud del cuidador, en muchos cuidadores viven con éxito la experiencia y crecimiento personal. Se evaluó la resiliencia (mediante CD-RISC) en 53 cuidadores no profesionales de personas con demencia. Los participantes alcanzaron puntuaciones moderadas en resiliencia, llegando un 24,5% a altos niveles de resiliencia. Concluyen los autores que una mayor resiliencia se asocia a un mejor estado emocional y físico de los cuidadores. Además, la resiliencia se asocia fundamentalmente a variables propias del cuidador, más que a variables situacionales. Se puede entender la resiliencia como la capacidad del cuidador para hacer frente a los estresores derivados de la situación de cuidado, sin que su salud física y psicológica se vea gravemente comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado. Esta capacidad global, siguiendo el modelo de Connor y Davidson (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000) estaría integrada por una suma de capacidades específicas, responsables éstas de la adecuada adaptación de la persona al entorno. El apoyo social recibido por el cuidador (Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres y Rodríguez-Poyo, 2011), la percepción o valoración que hace de los estresores (Connor y Davidson, 2003) o las estrategias de afrontamiento empleadas (Gaugler, Kane y Newcomer, 2007) son también factores que tradicionalmente han sido vinculados a su resiliencia. Asimismo, la resiliencia, entendida como variable mediadora entre los estresores a los que se expone la persona y su estado de salud, guardará relación con otras variables mediadoras, tales como el apoyo social percibido y los recursos intrapsíquicos y de personalidad del cuidador. Altas puntuaciones en resiliencia se asociaron a una elevada satisfacción con el apoyo social recibido (aunque no a un mayor número de apoyos); a bajos niveles de neuroticismo; y a altos niveles de extraversión, autoeficacia, autoestima y autocuidado. Igualmente, las estrategias de afrontamiento empleadas por los sujetos para hacer frente a los problemas derivados del cuidado estuvieron estrechamente relacionadas con sus puntuaciones en la CD-RISC, destacando la asociación inversa entre éstas y el uso de estrategias focalizadas en la emoción.

La investigación supone un primer paso en el esclarecimiento de los factores que contribuyen a que unos cuidadores sean más resilientes que otros (lo cual es de suma

utilidad a la hora de diseñar intervenciones preventivas eficaces), y esto constituye un requisito esencial para conocer los mecanismos implicados en la resiliencia en general y para la subsiguiente elaboración de un modelo de resiliencia y de cuidado útil e integrado.

#### **I.4.2.- Resiliencia y enfermedad crónica**

La psicología se preocupa de cómo la persona puede crecer ante la adversidad y lograr adaptarse bien a los traumas. Estudia el término de resiliencia derivado de la física que se utiliza en metalurgia para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su fuerza original a una presión deformadora y a partir de estos fundamentos nació el término resiliencia. En este sentido Rutter (1993), explica que si conocemos lo que a la persona le protege de desarrollar patologías se podrían desarrollar medidas para mejorar la resistencia de las personas frente al estrés y la adversidad. Entendiendo la resiliencia como la capacidad para enfrentar situaciones adversas, se plantea este modelo en el proceso de enfermedad y se estudia la capacidad que tienen los pacientes para adaptarse a los cambios y enfrentar la crisis vital, es la llave clave para superar los golpes duros de la vida, adaptarse a los retos y salir fortalecidos (Chiavenato, 2002).

El concepto de resiliencia tiene varias acepciones; en el campo de la salud mental, una definición clara y sencilla sería: capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, incluso, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995). El concepto de crecimiento postraumático (CPT) incluye respuestas como el aumento de la autoestima, una mayor apreciación de la vida y de su significado, un aumento de la espiritualidad, más sentimientos de calma o paz y de sentido. Este constructo se empezó a desarrollar aplicado a enfermedad oncológica y en España (Costa y Gil, 2007; Vázquez y Castilla, 2007). Ningún evento es traumático por definición, sino que depende de la repercusión que tenga en la persona como tal. El trauma es una experiencia devastadora, para una persona en particular en un contexto también particular (relacional, histórico y de significado). Se pueden considerar 5 ideas clave para conceptualizarlo:

- ✓ Es la experiencia de haber sido roto en pedazos por un acontecimiento.
- ✓ Está modelada por «experiencias de fondo», que incluyen la historia personal, los principios organizadores y el contexto relacional actual.
- ✓ Incluye la experiencia de sentirse solo y extraño.
- ✓ La disociación a menudo desconecta para proteger.
- ✓ Se pierde el sentido de continuidad personal.

Teniendo en cuenta el impacto negativo que tiene el estrés en la evolución del cáncer, es una prioridad en la intervención terapéutica el desarrollo de actuaciones que minimicen el impacto emocional y promuevan la autorregulación emocional. Hay una serie de acontecimientos susceptibles de desencadenar un TEPT (trastorno por estrés postraumático), entre ellos, factores relacionados con la enfermedad oncológica (Bobes, Bousoño, Calcedo y González, 2003).

Las personas resilientes presentan características similares, son realistas, tratan de optimizar su salud, mantienen una capacidad de renovarse, creen en una misión de vida, se plantean un proyecto de vida, donde la vida tiene sentido, pueden mantener una continua mejoría para recobrar la salud perdida, es como por medio del aprendizaje significativo que adquieren conocimientos para apoyarse en sus fortalezas a fin de superar sus debilidades, aprender de la adversidad, la cual es una tarea ardua y difícil que necesita tiempo y valentía para recuperarse y desarrollar con persistencia actitudes y soluciones en ese camino difícil que es recuperarse ante la enfermedad.

Se realizan cada vez más estudios en población adulta, con o sin patologías orgánicas, y ello constata la importancia de este constructo como factor de protección para la salud mental y física (Quiceno y Vinaccia, 2011). Se muestra en el estudio de Quiceno y Vinaccia (2011), como la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, especialmente, al área de la enfermedad crónica. En su estudio describen, por tanto, las características de las personas adultas resilientes y los procesos psicobiológicos y genéticos asociados, los instrumentos psicométricos empleados en la población adulta para medir la resiliencia, las diferentes patologías físicas en la que ha sido estudiada y los respectivos programas de intervención desarrollados con pacientes enfermos crónicos.

Desde finales del Siglo XX hasta la fecha, como ya hemos dicho la investigación sobre resiliencia se ha focalizado en poblaciones diferentes de la infancia y la adolescencia, dándose un creciente y paulatino auge de estudios en población adulta, en diferentes temáticas, por ejemplo, adultos en condiciones de maltrato y sin hogar, personas en extrema pobreza, sobrevivientes de terrorismo, soldados veteranos de la guerra del Golfo, sobrevivientes de desastres naturales, adictos de sustancias psicoactivas, personas de la tercera edad y cuidadores de enfermos crónicos. El objetivo del trabajo de Quiceno es mostrar cómo el constructo de resiliencia ha trascendido al

campo de la salud, hasta llegar a estudiarse en muestras de pacientes enfermos crónicos en los últimos veinte años.

La investigación basada en la evidencia ha sido concluyente en afirmar que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix et al., 2008). La enfermedad crónica es considerada como un trastorno orgánico funcional que cambia la vida de una persona, es persistente en el tiempo, por lo general, sin un principio ni un curso ni fin definibles y raramente tiene una cura (Kralik, 2002).

En otro estudio con 38 pacientes afroamericanos, entre los 65 y 91 años de edad y con enfermedades crónicas, como artritis, asma, diabetes mellitus, cardíacas e hipertensión, se encontraron como factores resilientes la determinación, perseverancia y tenacidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad. En Australia, se desarrolló un estudio con pacientes enfermos de síndrome de fatiga crónica, diabetes, psoriasis artrítica, osteoartritis, fibromialgia, depresión, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, esclerosis múltiple, cardiopatía y dolor crónico, entre los 21 y 65 años de edad, donde se concluyó que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad (Kralik, Van Loon y Visentin, 2006).

La intervención en resiliencia en población adulta es el objetivo final (Quiceno, 2011). Las conclusiones de los diferentes estudios en salud han estado sugiriendo la necesidad del desarrollo de programas de intervención en resiliencia, ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Brix et al., 2008; Wagnild, 2009). Estudiaron programas de intervención en resiliencia en pacientes crónicos: Quiceno (2011), desarrolló un estudio cuyo objetivo fue diseñar, ejecutar y evaluar un programa de potenciación de la resiliencia (Fortaleza) para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, en Colombia. La estructura del programa fue diseñada para que los pacientes pensarán siempre en positivo. El programa estuvo compuesto por seis sesiones de dos horas y media de duración que se desarrollaron en seis días consecutivos. Como conclusión, el estudio de Quiceno (2011), demuestra que un programa de intervención focalizado en resiliencia puede potenciarla y producir cambios importantes a nivel biopsicosocial y espiritual en pacientes con la artritis reumatoide.



En lo que respecta a la enfermedad crónica, se aprecia que el apoyo social, las creencias espirituales, la autotrascendencia, optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo son variables que favorecen y modulan la resiliencia y sirven como factores de protección hacia la salud. En cuanto a los programas de intervención con enfermos crónicos en resiliencia, aunque éstos son muy pocos han demostrado que este constructo puede ser potenciado favoreciendo la salud mental y física de los involucrados. La gran mayoría de las investigaciones en resiliencia, más concretamente en América Latina, se ha desarrollado a nivel infanto-juvenil, y son prácticamente nulas las investigaciones y programas de intervención en resiliencia con muestras de adultos enfermos crónicos. Paradójicamente, los datos epidemiológicos mundiales indican que son los países en va de desarrollo, son los que tienen una prevalencia más alta de enfermedades crónicas.

En definitiva, la resiliencia, cuando se enmarca en el estudio de las enfermedades y patologías crónicas, se encontraría entonces en un punto de convergencia entre la Psicología de la Salud y la Psicología Positiva, al considerar los procesos de salud-enfermedad desde un enfoque de promoción, prevención e intervención positivos (Remor, 2008).

#### *El cáncer como factor estresante/traumático*

El término cáncer es genérico, y se utiliza para caracterizar la reproducción anormal de células que suelen invadir tejidos normales o dispersarse a otros órganos, lo que se conoce como metástasis. No obstante, el riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo considerablemente.

El cáncer por su condición de enfermedad crónica tiene implicaciones tanto en el paciente como en su familia. El apoyo emocional que puede generar la familia es muy importante para el paciente, por lo que es fundamental que se encuentren preparados para dicho fin (Baider, 2003).

El cáncer es una enfermedad crónica, que afecta no solo al que la padece, sino también a la familia, debido a que implica cambios en el estilo de vida, el área cognitiva, emocional y conductual de cada integrante.

Se puede decir, que en el proyecto de vida de cada miembro de la familia y del paciente no está la posibilidad de padecer de cáncer y al diagnosticarlo, podría implicar un reajuste en el sistema de vida, en donde sino hay buena comunicación, respeto,

tolerancia, disposición, puede traer como consecuencia desesperanza y un manejo inadecuado de la situación.

El apoyo social y los grupos de autoayuda son importantes para fomentar un afrontamiento positivo y para promover los aprendizajes de las personas. Es posible que si las alteraciones emocionales son lo suficientemente importantes interfieran en el proceso de cambio positivo e incluso originen cambios negativos (como el aumento del consumo de tabaco y alcohol), que en algunos casos suelen deberse a estrategias erróneas de afrontamiento del estrés. Por supuesto, también es necesario que la persona ponga en marcha sus propios recursos de afrontamiento, porque sin ellos, no sería posible salir adelante de la situación, junto con los factores familiares y comunitarios que influyen en la experiencia (Acinas, 2014).

#### *Aspectos sobre enfermedad oncológica y trauma*

Las investigaciones apuntan a que el malestar emocional y el crecimiento personal no son mutuamente excluyentes, y que ambos elementos conviven en pacientes con cáncer o supervivientes (Soto, Planes y Gras, 2003). Cuando el paciente decide afrontar la vida con los aspectos que implica la enfermedad oncológica, se aprende a vivir de otra manera y a disfrutar de aspectos que antes no se tenían en cuenta.

Uso de estrategias de afrontamiento centradas en relaciones interpersonales (apoyo emocional, instrumental y desahogo), (Vázquez y Castilla, 2007).

Uso del sentido del humor, la religión, la reinterpretación positiva de los hechos, la resolución de problemas, el reencuadre positivo.

- ✓ Autodistracción y aceptación (Cruzado, 2010).
- ✓ Búsqueda de reforzadores alternativos.
- ✓ Afrontamiento evitativo.
- ✓ Valorar de modo más negativo la situación previa.

En pacientes oncológicos con cáncer avanzado y en cuidados paliativos se encontró que cuanto más elevado es el impacto del evento, se obtiene más mejoría en las relaciones con los demás, se aprecia más la vida y se encuentran más consecuencias positivas tras el trauma.

En investigaciones españolas, (Orgaz-Barnier, 2010) un estudio cualitativo indicaba que los pacientes relataban la experiencia como transformadora; pequeñas

preocupaciones ahora no les parecen tan importantes, y encuentran mayor capacidad para disfrutar de los placeres cotidianos.

El diagnóstico de cáncer que recibe una persona y las acciones posteriores al mismo (que pueden ir desde el diagnóstico en si hasta quimioterapia) cumplen los requisitos para ser considerada una situación potencialmente generadora de estrés y de riesgo para la salud mental. Lo que tratamos de buscar son niveles óptimos, saludables y de confianza en uno mismo.

Ya que el número de sobrevivientes de cáncer ha aumentado debido a la detección temprana de la enfermedad y a los tratamientos más eficaces (Pollack et al., 2005), la sociedad, los investigadores, y la política de salud, reconocen que hay una gran necesidad de comprender mejor cómo las personas se adaptan de manera positiva a los retos de la salud e identificar enfoques eficaces para ayudar a las personas frente a los desafíos de salud en su vida (Rowland y Baker, 2005).

La investigación tiene como fin último es aportar ideas para lograr el tratamiento integral del paciente oncológico, así como abrir una nueva línea de investigación dirigida a conocer el impacto de la salud mental en la evolución del paciente que sufre cáncer y la adaptación positiva frente a ese hecho. En las ciencias, el término incluye estudios sobre la resistencia de los materiales y se utiliza por lo menos desde 1807, cuando el inglés Thomas Young realizaba el experimento de la doble rendija que mostraba la naturaleza ondulatoria de la luz (citado por Timoshenko, 1953 y 1976).

Debido al aumento de las tasas de morbi-mortalidad por cáncer en nuestro estado, es necesario educar a los pacientes para fortalecer su capacidad de decisión análisis y reflexión que le permitan afrontar y sobrellevar la enfermedad, y proporcionarle al individuo enfermo herramientas para aceptar una visión positiva de su situación y esta que redunden en una mejor calidad de vida. Bajo esta concepción la intervención en la crisis tiene como centro a la persona misma, para crear una conciencia individual positiva.

Baider (2003), explica las consecuencias negativas que conlleva tener un familiar diagnosticado con cáncer, que suele implicar: trastornos de sueño, alimentación, ansiedad, depresión, agotamiento, miedo, etc. Esto podría impedir de una forma u otra que el paciente pudiera tener una evolución saludable y un agotamiento al cuidador principal que puede terminar en sobrecarga debido al mal manejo de la situación.

Por lo explicado anteriormente es que dicho autor resalta que la ayuda emocional, y la presencia de la familia es estimada por el paciente, por lo que se requiere que estos posean recursos para adaptarse a la situación y generar así un buen sistema de apoyo, para evitar ser otro motivo de preocupación o de angustia para el mismo. En este artículo sobre Situaciones traumáticas, crecimiento postraumático y resiliencia en personas con cáncer ya se considera el cáncer como una experiencia traumática en sí misma. Se estudian en esta situación los rasgos de personalidad resilientes. Existe un tipo de personalidad tipo C, (Soto, Planes y Gras, 2003), con patrón de conducta de tristeza, sumisión, indefensión que se oponen a la personalidad resiliente, por lo que si se fomenta la resiliencia se puede afrontar mejor el cáncer o prevenirlo (Acinas, 2014).

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las que se produce un crecimiento anormal de las células del organismo. El diagnóstico cáncer es una experiencia que irrumpe en la vida de una persona y puede conducir a cambios positivos o al deterioro en la persona. El diagnóstico de cáncer y su tratamiento es una experiencia estresante que presenta aspectos que la diferencian de otras, también estresantes como accidentes y catástrofes (Kangas, Henry y Bryant, 2002; Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009).

Señala la autora M. Patricia Acinas Acinas (2014), que los estresores en el cáncer se asocian al diagnóstico, el pronóstico, la agresividad del tratamiento, la alteración de la imagen corporal, la disminución del nivel de autonomía funcional y los cambios en los roles, sensaciones internas y una proyección en el futuro, de cogniciones con temores anticipados en relación con la salud personal futura y de las personas cercanas.

Como producto de los avances de la medicina, los pacientes con diagnóstico crónicos tienen mayores probabilidades de sobrevivir y de tener mejor calidad de vida, igualmente, se ha buscado aplicar los cuidados en domicilios, lo cual trae como consecuencia un cambio en la rutina del mismo, y se exige por parte de la familia la adquisición de nuevas responsabilidades. Generalmente, este tipo de enfermedades, por ser prolongadas en el tiempo, traen consigo un impacto emocional, tanto en el paciente, como en la totalidad del sistema familiar.

Como consecuencia, resulta necesario entrenar los procedimientos de cuidado y apoyo para el enfermo y la familia. Considerando que el nivel de afrontamiento de la misma, tienen influencias en el tratamiento oncológico de paciente, y que por tanto el

desarrollo de comportamientos resilientes está dirigido a promover las medidas preventivas en tales situaciones (Rodríguez y Real, 2007).

#### *Conclusiones sobre cáncer y trauma*

La intensidad y persistencia de los síntomas de TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) pueden depender más de la forma en que los pacientes y su familia se representan la enfermedad y de su percepción subjetiva del riesgo de muerte (Ochoa et al., 2010) que de su gravedad objetiva.

- ✓ Sería conveniente fomentar ejemplos o modelos de resiliencia que puedan ayudar en ambas situaciones difíciles cuando se dan al mismo tiempo o con una ligera diferencia temporal.
- ✓ Parece haber una relación importante entre el desarrollo de enfermedad oncológica, el patrón de conducta tipo C, el mecanismo de disociación y el trauma psicológico, pero todavía no se conocen los factores que están influyendo en la relación y si son factores causales o meramente correlacionales.

Los físicos y los ingenieros utilizan el concepto de módulo resilientes, para calcular la cantidad máxima de energía que un material puede absorber al someterse a cierto impacto y deformación sin romperse, y luego regresar a la forma primitiva. Este concepto se refiere al límite de elasticidad del material. Siendo este capaz de volver a su forma original, cuando en los extremos traten de aplicársele deformaciones.

A partir de esta comprensión de los conceptos de resistencia de materiales, en estudios de investigación se encontraron que la aplicación al concepto de resiliencia desde punto de vista de la física hasta la psicología, se centró en la capacidad de resistencia de las personas, los estudios encontraron que las personas podía soportar la presión o el estrés, antes de presentar shock irreversible conllevando a la psicopatología. El término / concepto de resiliencia aplicada por la psicología se originó en la física. La resistencia del material, (que se ha adaptado incorrectamente), se relaciona más con el concepto de elasticidad, que la capacidad de resistencia de materiales. El trabajo pionero de Werner y Smith (1982), en el examen de los niños en situación de riesgo, vulnerabilidad, adaptación y el crecimiento continuo examinando y teniendo en cuenta que siempre había niños resistentes entre los grupos de alto riesgo. Cuando se dice que los investigadores examinaron los niños en situación de riesgo, se está refiriendo a los niños expuestos a factores de riesgo conocidos, definidos como posibles influencias para obstaculizar el desarrollo normal de un individuo (Werner y Smith, 1982).

En tal sentido, un conjunto de estudios han utilizado instrumentos para evaluar la resistencia en las personas mayores (Hardy et al., 2002; Nygren et al., 2005; Wagnild,

2003). Así mismo, Wagnild evaluó la Escala de Resiliencia, que abordó la resiliencia como un frente estilo, a una muestra de adultos mayores. Esta escala examinó en una muestra de 125 personas mayores, suecas de 85 años. Curiosamente encontró que las puntuaciones medias más altas de resiliencia eran su mayoría en la edad de mayores de 85 años, en comparación con las que se encuentran en una muestra de los adultos jóvenes. A su vez Hardy et al. (2004), evaluó capacidad de recuperación en respuesta a un evento específico de la vida identificadas por el individuo. La enfermedad irrumpe en la vida del sujeto y ante esta situación adversa y tras su implicación en la vida del sujeto se puede desarrollar la resiliencia que le permite crecer ante esta adversidad.

### **I.4.3.- Resiliencia y Familia**

En el estudio de la resiliencia, se han construido enfoques teóricos orientados a explicar los comportamientos familiares resilientes como un fenómeno particular constituido a partir de la interacción entre sus miembros.

Un modelo importante en el estudio de la resiliencia familiar es el de Walsh (2004), el cual, está dirigido a fortalecer a la familia, a medida que se enfrentan a las adversidades. No sólo para enfrentar los problemas, sino para prevenirlos. Algunos postulados son los siguientes:

(a) el valor individual se fortalece en el contexto familiar y social por la presencia de la interacción entre lo individual y lo familiar, (b) las crisis no sólo afectan a los miembros de la familia de forma individual, sino que también, puede provocar inestabilidad en el plano familiar, (c) los procesos familiares disminuyen los efectos del estrés en cada uno de sus miembros y en las relaciones entre ellos, por tanto, así como los factores protectores fortalecen la resiliencia familiar, las adaptaciones inadecuadas aumentan el riesgo de amenaza en las relaciones familiares, (d) los procesos familiares pueden verse amenazados por la presencia de un cúmulo de situaciones adversas, y (e) todas las familias son capaces de desarrollar la resiliencia en la medida en que trabajen de forma unida.

#### ***Resiliencia familiar en la enfermedad crónica***

De acuerdo a Walsh (2004), las enfermedades físicas o mentales graves implican nuevos desafíos no sólo para quien la padece, sino para las parejas y las familias, por lo que, demanda procesos resilientes en la totalidad del sistema familiar para lograr la

recuperación o superación de esta crisis. Este autor plantea, a través de la perspectiva sistémica, que es necesario superar la dualidad mente-cuerpo, ya que las enfermedades crónicas se acompañan de angustias, preocupaciones y depresión, es decir, la afección se exagera por el componente emocional que se deriva de la misma.

El enfoque sistémico y biopsicosocial de la resiliencia familiar se centra en los desafíos que enfrenta la familia, así como dar lo mejor de sí y lograr mantener un funcionamiento adecuado. Igualmente, este enfoque tiene una visión holística, donde toma en cuenta, tradición, cultura, creencias, sistema religioso, experiencia previa a enfermedades crónicas y como las personas asume estos retos ante este tipo de situaciones.

La intervención en este tipo de procesos se enfoca en el manejo de la enfermedad y la familia representa el eje central de apoyo para el tratamiento. Donde durante la enfermedad el familiar atiende todas las necesidades que el paciente tenga, es el llamado cuidador principal.

Distintos autores han tratado de plantear un perfil específico para el cuidador principal, donde incluyen factores que hace que una persona tenga más probabilidades de cumplir dicho rol. Estas características dependen de la enfermedad que el paciente tenga y del país en donde se realice la investigación (Walsh, 2004).

Finalmente, en relación a los procesos fundamentales de la resiliencia ante una enfermedad crónica, la comunicación resulta fundamental porque permite el intercambio de información acerca de cómo se encuentra el paciente y esto puede ayudar a otorgarle sentido a la enfermedad y a enfrentar los nuevos retos.

Esta preocupación ha permitido profundizar en los procesos necesarios para promover y desarrollar la resiliencia, fortaleciendo las relaciones familiares y suministrando herramientas de comunicación que le permitan afrontar de una mejor forma esta situación de cuidado al paciente terminal.

Por su parte, en un estudio realizado por Kissane, Bloch, Burns, Patrick, Wallace y McKenzie (1994) sobre las percepciones del funcionamiento familiar en relación al cáncer, se evaluaron 102 familias de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Los resultados de esta investigación evidencian que la cohesión familiar es la habilidad más efectiva para identificar aquellas familias capaces de confrontar las exigencias implicadas en los cuidados de un paciente con cáncer en fase terminal. Estas familias

tienen la habilidad de tolerar las emociones negativas y expresan claramente sus sentimientos a través de la confianza y la cercanía entre sus miembros, lo cual parecería indicar que la cohesión es el elemento clave para una adaptación exitosa. En relación a la angustia psicológica que conlleva el cáncer en un familiar, se han realizado diferentes estudios, entre ellos: Baider et al. (1998), quienes explicaron que la angustia psicológica del paciente fue explicada por el nivel de intrusión y la angustia de la pareja, mientras que, la angustia psicológica de la pareja se explicó por los niveles de intrusión, el género, y en cierta medida, por la angustia del paciente.

Por otro parte, se ha estudiado el impacto del diagnóstico en la familia. Baider (2008), afirma que el cáncer como enfermedad provoca un impacto en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. Dicha enfermedad afecta a cada persona que compone el sistema familia en lo emocional, en lo cognitivo y en lo conductual, evidenciándose un cuestionamiento de los planes para el futuro y en el significado sobre la propia persona y sobre la vida. Por tanto, la respuesta de la familia ante la situación genera un efecto en la calidad de vida de la persona enferma, así como en la totalidad del sistema familiar. Además, dicha respuesta puede ser positiva o negativa, dependiendo de si ofrece una oportunidad para el fortalecimiento de la familia, o, por el contrario, si genera un peligro de desintegración.

En conclusión, la función familiar ante la enfermedad implica procesos complejos, no sólo por las características propias de la familia como el estilo y el nivel de cohesión, sino por las reacciones ante la enfermedad que involucran angustia, ansiedad y depresión. A su vez, la dificultad de la función de un miembro de la familia puede verse exacerbada cuando asume el rol de cuidador principal.

#### **I.4.4.- Resiliencia y duelo**

Hay factores de riesgo en la vida del sujeto como son crisis, catástrofes, muertes y/o enfermedades que influyen negativamente en las personas. Existe la capacidad de afrontar o superar la crisis y prosperar gracias a estrategias aprendida encaminadas para crecer y fortalecerse. La vida presenta obstáculos dolorosos que atacan a la integridad de la vida, se puede vivir con una actitud constructiva y supone una oportunidad de crecimiento o no luchar y aparece una actitud de pasividad e indiferencia.



El duelo y la enfermedad tardan tiempo en curarse e incluyen aspectos físicos y emocionales: tristeza, enfado, culpa, reproche, ansiedad, soledad, impotencia, confusión, preocupación, y así hasta debilidad, falta de energía, trastornos del sueño, alimenticios, aislamiento social y llorar, hasta que el sujeto remonta y da un nuevo significado a su vida, se precisa un tiempo para asimilar la pérdida y realizar un cambio de valores que le permitan superar la adversidad.

Según Elizabeth Kübler-Ross (1969), indicaba que la persona que afronta la experiencia de una enfermedad, de una muerte y o de cualquier trauma profundo e intenso, normalmente deberá superar cinco etapas: rechazo, cólera, pacto, depresión y aceptación, para curar estos acontecimientos y sus recuerdos, afrontándolos de una forma gradual, pero culminándolo.

Refiriéndonos al duelo por la pérdida de un ser querido y ante un proyecto de vida roto por esta situación adversa, según la forma de afrontar esa situación a cada persona les afecta de forma diferente: Existe un proceso de duelo en el que se debe aceptar y reconocer que la situación de normalidad se ha roto y se debe elaborar una nueva vida afrontando esos temores y aprendiendo nuevos roles, afrontar nuevos desafíos y retos y generar nueva ilusión y confianza y esperanza en la vida y en uno mismo (Castañeda, 2011).

Se requiere de una adaptación para conseguir un “equilibrio”, y flexibilidad como proceso de asimilación y acomodación, capacidad para mantenerse flexible, evolucionar y corregirse y adaptar las estrategias a los requerimientos de cada situación

***Clases de Adaptación Mental, Emocional y Conductual:***

- 1.- Mental: lo que piensas determina lo que sientes. Pensamiento
- 2.- Emocional: regulación de nuestros sentimientos. Sentimiento.
- 3.- Conductual: capacidad de aprender para afrontar. Acción.

Trabajar también los Factores que contribuyen a la adaptación a la adversidad:

Los factores resilientes tienen su origen en 3 pilares:

1. el temperamento o fuerza interior, Yo soy...fortaleza interna,
2. el apoyo externo o social de familia, amigos Yo tengo...apoyo externo,

3. factores interpersonales o capacidad de resolver problemas: Yo puedo habilidades. Yo estoy dispuesto a hacer.

#### **I.4.5.- Resiliencia y estrategias de afrontamiento**

La resiliencia es un atributo natural y tiene ingredientes biológicos, psicológicos y sociales, se relacionan entre sí, si varían en cada persona y ayudan a recuperar de la adversidad. Forman parte de la personalidad, se complementan, se activan mecanismos por la persona frente al hecho y ayudan a vencer la adversidad con supervivencia.

Estrategias de afrontamiento *coping* frente al hecho doloroso: Búsqueda de alternativas. Analizar las causas del problema y generar alternativas de solución. Control emocional. Tolerar la situación estresante a través del control de las emociones. Expresión emocional abierta. Reevaluación positiva. Búsqueda de apoyo social y profesional. Religión. Evitación Cognitiva. Eliminar o neutralizar los pensamientos negativos o perturbadores a través de la distracción. Expresar las emociones abiertamente como una manera de neutralizar las mismas. Aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Expresar las emociones con otros o a través de un recurso profesional para solucionar las consecuencias del problema.

Todos podemos elaborar vías resilientes en nuestras vidas, no es necesario que se produzca un trauma en la persona.

- ✓ Es necesario implicación y elaboración de estrategias de afrontamiento personales, de forma coherente y positiva
- ✓ La reconciliación personal ante la pérdida. Valorarme y valorar a los demás
- ✓ La vulnerabilidad, la imperfección, la sensación de derrota, nos predispone a equilibrar nuestra fragilidad. Son una oportunidad de aprender de nuestro camino de la vida
- ✓ La Resiliencia no es un acto de voluntarismo, se trata de resistir la prueba, de afrontarla, más que desear vencerla.
- ✓ Vivir con esperanza, con paciencia, con humildad frente a la esterilidad de la “queja”
- ✓ Todos podemos elaborar vías resilientes en nuestras vidas, no es necesario que se produzca un trauma en la persona
- ✓ Es necesario implicación y elaboración de estrategias de afrontamiento personales, de forma coherente y positiva
- ✓ La reconciliación personal ante la pérdida. Valorarme y valorar a los demás
- ✓ La vulnerabilidad, la imperfección, la sensación de derrota, nos predispone a equilibrar nuestra fragilidad. Son una oportunidad de aprender de nuestro camino de la vida

En el estudio realizado por los autores Limonero y Gómez, (2012), exponen como la mayoría de las personas se sobreponen a las situaciones adversas que pueden llegar a experimentar a lo largo de su vida, padeciendo, sobre todo, en los primeros momentos de las mismas emociones negativas como, por ejemplo, ansiedad, depresión y

sufrimiento. En muchos casos, la intensidad de estas emociones va decreciendo con el tiempo y con la adaptación a la nueva realidad, tal y como sucede, por ejemplo con la pérdida de un ser querido (Limonero y Gómez, 2012). No obstante, en algunas ocasiones, la vivencia del trauma es tan intensa, que las secuelas del mismo les acompañan toda la vida (Echeburúa y Corral, 2007; Echeburúa, Corral y Amor, 2002). Por otra parte, en el extremo contrario se encontrarían aquellas personas a las cuales la vivencia del trauma les produce un crecimiento personal que hace que sus vidas adquieran un nuevo sentido y afronten con mayores garantías de éxito la nueva realidad (Vázquez, Castilla y Hervás, 2009).

Es en este contexto de superación de las adversidades donde emerge el constructo de resiliencia. Se denomina resiliencia a la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Grané, 2008; Rutter, 1990).

Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003,) destacan la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de situaciones traumáticas; mientras que para Bonanno et al. (2002), la resiliencia incluiría dos aspectos: resistir el suceso y rehacerse del mismo.

De acuerdo con Luthar y Cicchetti (2000), la resiliencia se puede conceptualizar como un proceso dinámico donde los individuos presentan una adaptación positiva a pesar de la adversidad o trauma que experimentan. No obstante, no representaría una característica de personalidad (Luthar, 1993), sino, mas bien, una forma de afrontamiento a la adversidad que promueve el uso de estrategias cognitivas y conductuales (Limonero, 2010). Según estos autores, las personas con un patrón de afrontamiento resiliente tenderían a usar con mayor frecuencia la reevaluación cognitiva de la situación y la solución activa de problemas.

Desde otro punto de vista, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la inteligencia emocional (IE), entendida como la capacidad de las personas para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información como guía de los pensamientos y acciones (Mayer y Salovey, 1997), es un buen predictor de las estrategias adaptativas de afrontamiento a las vicisitudes de la vida (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002). De este modo, la Inteligencia Emocional podría considerarse una variable mediadora entre los

acontecimientos vitales y las consecuencias que estos sucesos pueden tener sobre el bienestar y la salud. En otras palabras, la Inteligencia Emocional estaría relacionada con los procesos de adaptación, facilitando las respuestas adecuadas a los diferentes acontecimientos que una persona ha de afrontar en su vida diaria, disminuyendo las reacciones emocionales desadaptativas, facilitando la experimentación de estados de ánimo positivos y reduciendo la incidencia de los negativos (MacCann, Fogarty, Zeidner y Roberts, 2011; Mayer y Salovey, 1997).

De los diferentes componentes de la Inteligencia Emocional, la reparación emocional, entendida como la habilidad para regular o controlar las propias emociones (positivas y negativas) y la de los demás, se ha mostrado como una de las dimensiones más significativas de la Inteligencia Emocional, que ejerce un papel importante en el afrontamiento de las situaciones estresantes y ansiógenas, contribuyendo positivamente al bienestar personal (Limonero et al., 2004). De hecho, para Gross (1998), la regulación emocional afectaría a nuestro bienestar a través de, básicamente, dos procesos: el primero, estaría implicado en la generación de la emoción y se encargaría de la regulación de los antecedentes del proceso emocional, donde los procesos de reestructuración cognitiva o reevaluación de la situación serían las estrategias esenciales; y el segundo, implicado en la respuesta emocional, es decir, en su modulación, a través de, por ejemplo, reducir el impacto de las emociones negativas y mantener o potenciar el de las positivas (Gross, 1998).

Como puede observarse, la regulación emocional actuaría a lo largo de un proceso temporal que iría desde la generación de emociones hasta su impacto en la persona, afectando por tanto a su bienestar y a su salud (Gross, 2007; Schutte y Malouff, 2011). En la implementación de las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, podemos pensar que la resiliencia y la regulación emocional pueden ser dos moduladores destacados del bienestar. Realizan un estudio analizando si las personas resilientes se diferencian, entre otros aspectos, por el nivel de regulación emocional percibida y por su nivel de satisfacción con la vida; con instrumentos: Subescala de Reparación emocional de la "Escala de inteligencia emocional percibida", la "Escala breve de estrategias resilientes" (Brief Resilient Coping Scale, BRCS; Limonero, 2010), versión adaptada al español por Limonero et al. (2010). La BRCS consta de cuatro items con cinco categorías de respuesta tipo Likert: "no me describe en absoluto", "me describe poco", "ni poco ni mucho", "me describe bastante" y "me describe muy bien",

que valoran la frecuencia de la estrategia de afrontamiento usada (por ejemplo "Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles") y "Escala de satisfacción con la vida". Este trabajo analizó, en primer lugar, la relación entre resiliencia y satisfacción con la vida, observándose una relación positiva entre ambos constructos: a mayor resiliencia mayor satisfacción con la vida. De acuerdo con Limonero (2010), las personas que presentan estrategias resilientes estarían encaminadas a creer en sus propias habilidades para reconducir las situaciones adversas, aspecto que se traduciría en una mayor sensación de bienestar, tal y como han observado en pacientes con artritis crónica.

Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace (2006), en un trabajo realizado con adultos mayores de 60 años, obtienen resultados que demuestran que la resiliencia era un factor moderador de la relación entre el estrés diario y la experimentación de emociones negativas y positivas, en el sentido de que a mayor resiliencia menor emocionalidad negativa y mayor capacidad para experimentar emociones positivas. En esta misma línea, Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador (2006), observan, en cuidadores formales de ancianos, que la resiliencia incidía negativamente en el desgaste profesional (burnout), aportando mayores habilidades y competencias de compromiso social y mitigando, por tanto, la vulnerabilidad al desgaste profesional.

En segundo lugar, se analizó la relación entre regulación o reparación emocional y satisfacción con la vida, dando lugar a una correlación positiva entre ambas variables: los sujetos que presentaban mayores niveles de regulación emocional manifestaban mayores niveles de satisfacción con la vida. Las personas que creen que pueden controlar sus emociones son más capaces de controlar su estado de ánimo y afrontar con mayor éxito las situaciones estresantes. En este mismo sentido, se ha observado en mujeres de mediana edad que la regulación emocional estaba asociada con una mayor actividad física, mayor rol social y vitalidad, mejor percepción de salud y menor dolor (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002). En otras palabras, la reparación emocional predeciría un buen ajuste psicológico (Limonero et al., 2010).

En cuanto al segundo objetivo específico, se quiso analizar si la regulación emocional era una variable moderadora de la relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida, es decir, si había efectos de interacción que moderaran la magnitud de la relación haciéndola más fuerte, débil o la anulara. Para realizar este análisis de moderación se siguieron las directrices propuestas por Aiken y West (1991).

Los resultados obtenidos indican que dicha relación no es significativa, de modo que ambas variables influyen directamente sobre la satisfacción con la vida si actúan independientemente, pero que cuando actúan conjuntamente, el efecto de la relación no es significativo. Este resultado nos indujo a pensar en un posible efecto mediador de la regulación emocional en la relación entre resiliencia y satisfacción con la vida.

Los análisis realizados nos muestran que tanto la resiliencia como la regulación emocional se relacionaron positivamente con la satisfacción con la vida. Se observa que la resiliencia se relaciona positivamente con la regulación emocional y que la influencia de la variable resiliencia disminuyó cuando la variable mediadora regulación emocional fue introducida en la ecuación, aunque dicha disminución no fue corroborada posteriormente con el test de Sobel, (Sobel, 1982) indicando que la resiliencia actúa directamente sobre la satisfacción con la vida y que su efecto no se ve mediado por la regulación emocional. Es decir, la regulación emocional no actuaría como variable mediadora entre la resiliencia y la satisfacción con la vida, aunque ambas variables por separado influirían en la misma.

Extremera, Durán y Rey (2009), han observado que la claridad emocional y la reparación emocional jugarían un papel importante en como las personas experimentan satisfacción y placer en sus vidas y que la claridad emocional jugaría un papel moderador entre las situaciones estresantes y la satisfacción con la vida.

Noorbakhsh, Besharat y Zarei (2010), postulan que la Inteligencia Emocional influenciaría las estrategias de afrontamiento a través del control y de la regulación de las emociones, su uso y su valoración y que incidiría positivamente en el bienestar. De hecho, en nuestro estudio, al estratificar a los sujetos en dos grupos, por una parte los que tienen alta resiliencia y alta regulación emocional y por otra, los de baja resiliencia y baja regulación, se ha observado que los primeros presentan mayor satisfacción con la vida que los segundos.

Teniendo presente que tanto el uso de estrategias resilientes como el componente reparación emocional de la inteligencia emocional percibida inciden directamente en la satisfacción con la vida, aunque no presentan efectos interactivos, conviene señalar que algunas de las características de las personas resilientes o de las que afrontan eficazmente las situaciones traumáticas pueden ser entrenadas y mejoradas, como, por ejemplo, la percepción de competencia personal, la autoestima, la valoración de las situaciones (cambiar amenazas por retos), las estrategias de afrontamiento activo, la

regulación de las propias emociones, como su ventilación o potenciación, entre otras. Con este aprendizaje se podría dotar de recursos eficaces a estas personas para que sean más competentes a la hora de afrontar los sucesos estresantes o traumáticos, facilitando su adaptación y disminuyendo su impacto.

El abordaje de la resiliencia ha tenido algunas modificaciones a lo largo de los años. En un principio, se enfocaba en los aspectos negativos que las personas generaban en medio de la adversidad. Posteriormente, se ha centrado en las características positivas que pueden desarrollarse como producto de estas situaciones. El objetivo de este trabajo una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en niños, (Cabrera, Aya y Mauricio, 2012), consistió en generar una reflexión sobre la manera de comprender y conceptualizar la resiliencia desde diferentes perspectivas teóricas y así generar una nueva manera de entenderla de acuerdo con las virtudes humanas desde la antropología filosófica. Para cumplir con este propósito, se llevó a cabo una revisión de la literatura empírico-analítica de los estudios que proponían una manera de evaluar y medir este concepto. Aunque existen algunas propuestas para medir la resiliencia desde diferentes disciplinas, ninguno de los estudios previos tuvo en cuenta las virtudes humanas como indicadores de resiliencia desde la antropología filosófica.

Desde finales del siglo pasado se ha generado un mayor interés por obtener información acerca de los niños y las niñas que desarrollan características y actitudes positivas a pesar de haber sido criados en condiciones de adversidad, en lugar de hacer énfasis en el daño sufrido y en los rasgos negativos que podrían ocurrir producto de ese daño (Masten y Coatsworth, 1996). Esta interacción entre las condiciones adversas y las características positivas que se desarrollan en medio de ellas es lo que los autores han denominado resiliencia (Rutter, 2006).

Al experimentar una serie de demandas y condiciones en la familia, en el trabajo, en la escuela y en otros contextos las personas necesitan, por medio de la resiliencia, promover actitudes y comportamientos saludables que contribuyan al bienestar, y lleven a un menor riesgo de afectar su salud física y mental.

La resiliencia ha generado bastante interés en las diferentes disciplinas desde las que se ha estudiado, por tanto, el espectro de aquellas interesadas en este tema ha aumentado hasta el punto de hacer de ella una actividad transdisciplinaria por excelencia, que congrega saberes de distintas áreas entre las que se destacan la psicología, la antropología, la sociología, las ciencias de la salud, la economía, el trabajo

social, el derecho y las ciencias de la educación (Rodríguez, 2009). En este marco de referencia, el objetivo de este trabajo consiste en generar una reflexión sobre la manera de comprender y conceptualizar la resiliencia desde diferentes perspectivas teóricas, y así generar una nueva manera de abordarla de acuerdo con las virtudes humanas desde la antropología filosófica y, a su vez, proponer una manera novedosa de medirla a través de estos indicadores. Este escrito busca ser coherente con el estudio de la resiliencia desde una aproximación centrada en las potencialidades de la persona, más que en sus aspectos negativos, y de esta manera, formar parte de las nuevas tendencias al explicar este concepto de una manera novedosa.

El adjetivo resiliente, nació originalmente en la metalurgia y la ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original, después de ser sometidos a una presión deformadora.

Desde la medicina y la psicología de la salud, por ejemplo, la resiliencia es una de las variables más estudiadas en la actualidad, debido a las implicaciones que tiene para la prevención y la promoción de la salud del ser humano y su calidad de vida. Inicialmente, algunos autores tenían la tendencia a centrarse en todo aquello que resultaba sombrío, es decir, en los resultados negativos del desarrollo más que en analizar las características positivas. Posteriormente, las investigaciones se enfocaron en el estudio de una serie de rasgos positivos que identificaban a los niños resilientes. Entre estas características se encuentran: la autonomía, tener un proyecto de vida, competencias sociales, capacidad para solucionar problemas, motivación para el logro, autoestima, empatía, sentido del humor, creatividad, y otras más.

Otro estudioso del tema, como Wagnild (2003), explica que la resiliencia es más que recuperarse en respuesta a la adversidad (Luthar, Cicchetti y Becker, 2008). En medio de la adversidad, el ser humano trata de descubrir y potenciar aquellas capacidades, aptitudes y acciones positivas que pudieran ayudarlo a fortalecerse como persona.

La resiliencia, además, es considerada por algunos autores como un mecanismo en el que interactúan el individuo y su entorno; se constituye entonces en un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que hacen posible la salud de un individuo aun cuando este se encuentre en un medio poco saludable (Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997). Para Rutter (1990), este proceso interactivo incluye la combinación de marcadas experiencias de riesgo, y un desarrollo psicológico positivo a pesar de



dichas experiencias. Vanistendael (1997), sostiene que este constructo tiene dos componentes: la resistencia a la destrucción definida como la capacidad de proteger la propia integridad, y la capacidad de construir una vida positiva a pesar de haber atravesado por arduas circunstancias. Otra de las maneras en las cuales se ha conceptualizado la resiliencia es como un balance entre factores de riesgo y protección (Morrison y Allen, 2007).

Al respecto, Rutter (2006), explica la interacción entre los factores de riesgo y protección, y la consecuente generación de resiliencia, afirmando que estos factores se centran en el impacto que tendrá un conjunto de variables negativas y positivas sobre los individuos, a partir del cual las personas generan recursos resilientes personales de acuerdo con su propia experiencia. Las virtudes posibilitan el crecimiento personal hasta su mayor bienestar. Dicho crecimiento personal solo es posible lograrlo a través de la inteligencia, por la cual el hombre forma ideas, juicios y razonamientos mediante los cuales pretende acceder a la verdad esencial de la realidad. El ser humano trata de descubrir y potenciar aquellas virtudes y acciones positivas que pudieran ayudarlo a fortalecerse y perfeccionarse como persona, relación que puede entenderse como resiliencia. Permite obrar con mayor facilidad, buscar más eficientemente la excelencia en la vida personal, y ayuda a vencer resistencias emocionales o ambientales que se presentan en las situaciones difíciles que viven las personas. De acuerdo con lo expuesto, una antropología que no considere las virtudes se torna reductiva y pesimista, ya que estas son la manera según la cual cada hombre puede hacer crecer lo propiamente humano. Llevan a cabo una revisión de la literatura empírico-analítica publicada entre los años noventa hasta el 2012. Se seleccionaron 22 artículos que describían instrumentos que medían la resiliencia desde perspectivas disciplinarias diferentes. Como criterios de inclusión, en la selección de artículos y documentos de investigación se contempló una perspectiva teórica positiva sobre la resiliencia, estudios con metodología cuantitativa de medición de este constructo, resiliencia, virtudes y antropología filosófica en las palabras clave. Analizaron, además, sus diferentes conceptualizaciones y las maneras de medirla. En su investigación, buscan medir la resiliencia como una característica estable de la personalidad, que evalúa la capacidad de adaptabilidad de las personas, el nivel de resistencia a la ansiedad y la manera positiva de enfrentar el mundo.

En el estudio de Cardozo y Alderete (2009), la resiliencia se evaluó administrando instrumentos que ponen en consideración los siguientes aspectos: síntomas de salud mental, adaptación social y competencias sociales. La salud mental fue medida a partir de ausencia o presencia de síntomas depresivos y ansiedad. La adaptación social evalúa la presencia o ausencia de conductas prosociales y antisociales. Las competencias sociales fueron medidas a través de la Escala de Asertividad de Godoy et al. (1993), que evalúa asertividad, agresividad y sumisión, y pasividad en situaciones de interacción social. Por su parte, Connor y Davidson (2003) evaluaron cinco factores (CD-RISC): competencia personal, altas expectativas y tenacidad; confianza en el dominio de sus propios instintos, tolerancia a los efectos negativos y nivel de impacto del estrés; aceptación positiva de los cambios y seguridad en las relaciones interpersonales; nivel de control; influencias espirituales. En el estudio de Constantine, Bernard y Díaz (1999), se construyó la escala Healthy Kids Resilience Assessment; esta escala contiene seis subescalas, tres relacionadas con factores externos y las otras tres con factores internos. Los factores externos incluyen relaciones de cuidado, altas expectativas y participación significativa. Estos factores se evalúan en el hogar, el colegio y la comunidad. Por otra parte, los factores internos incluyen: competencia social, autonomía y sentido de sí mismo, y sentido de significado y propósito. Específicamente, la competencia social se evaluó a través de habilidades de cooperación y comunicación, empatía y respeto, y habilidades de resolución de conflictos. La autonomía y el sentido de sí mismo por medio de la convicción personal, la autoeficacia y la autoconciencia. Finalmente, el sentido de significado y propósito se evaluó por medio del optimismo, las metas y los logros, y la motivación.

Dishion y Connell (2006), en un estudio longitudinal con adolescentes, definieron la resiliencia como un proceso de autorregulación fundamental en el desarrollo de los niños que crecen en contextos desfavorables, generando un sentido de competencia que los conduce luego a ser resilientes.

Los investigadores Donnon y Hammond (2007), diseñaron una escala de resiliencia para jóvenes que evalúa las fortalezas del desarrollo de la persona. Incluyeron factores protectores como las fortalezas extrínsecas e intrínsecas del desarrollo (familia, comunidad, trabajo comprometido con pares, escuela, cultura, sensibilidad social, sensibilidad cultural, autoconcepto, empoderamiento y autocontrol).

Friborg et al. (2001), elaboraron la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA); el instrumento mide la resiliencia a través de cinco dimensiones: 1) competencia personal: sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y las amenazas a las que se enfrentan; 2) competencia social: capacidad o habilidad de la persona para interactuar de forma exitosa con su ambiente; 3) coherencia familiar: tiempo que comparten los miembros de la familia, lealtad que existe entre ellos y fortaleza de los lazos familiares; 4) apoyo social: vínculos existentes entre la persona y otros, incluye comunicación, solidaridad y confianza; 5) estructura personal: reglas y actividades que realizan las personas y que les facilitan tener orden en su vida.

Aunque algunos de estos estudios consideran el término virtudes como indicadores de resiliencia, lo hacen desde una perspectiva psicológica, diferente a los planteamientos teóricos propuestos por David Isaacs (2003), desde la antropología filosófica. También se hace relación a ciertas características positivas presentes en la persona, pero no en el sentido de que se pueden desarrollar a partir de la voluntad de esta. Isaacs considera que la persona en formación pasa por una serie de periodos sensibles para formarla en virtudes que contribuyen a su mejoramiento como persona. Los niños pueden desarrollar estas características a pesar de las condiciones adversas que puedan estar viviendo. Asimismo, afirma que la educación en virtudes en la persona contribuye progresivamente a una mayor madurez humana y al crecimiento personal, lo cual conduce a que el desarrollo de las virtudes no esté orientado a suplir una carencia sino más bien a desarrollar unas características para ser mejores personas. Desde una perspectiva antropológica, Alejandro Llano (2000), afirma que la virtud “como excelencia libremente conquistada, es la ganancia en intensidad vital que yo añado a mi propia capacidad operativa. Puedo más porque soy más”, de lo que se puede concluir que a partir de las virtudes se tiene la capacidad de responder a situaciones negativas de una manera alegre, convirtiéndose así en una persona resiliente.

Las virtudes humanas, una nueva propuesta teórica de medición y comprensión de la resiliencia. La propuesta teórica de Isaacs sobre las virtudes humanas abarca su educación desde edades tempranas hasta los 18 años, como periodos sensibles o edades propicias en las que se deben promover y educar, con el fin de contribuir a la formación y el perfeccionamiento del ser humano. Esto no significa que la persona no pueda educar cada una de estas virtudes en otra edad, o si ya las ha adquirido, continuar

desarrollándolas en edades posteriores. Aunque el estudio de la resiliencia ha alcanzado algunos avances, no obstante, no se han encontrado investigaciones que la evalúen desde una perspectiva antropológica que contemple las virtudes humanas como indicadores de esta variable. Por tanto, trabajar en el desarrollo y perfeccionamiento de nuevas maneras de entender y estudiar este constructo, apoyados en una revisión suficiente de la literatura, puede ser un aporte importante para avanzar en este campo. Para ello, se deben tener en cuenta las recomendaciones de investigadores expertos en el área en cuanto a la necesidad de estudiar la resiliencia enfocándose en los resultados positivos que generan las personas como producto de vivenciar una situación adversa.

En la actualidad, el estudio de la resiliencia ha cambiado el modo concebir el desarrollo humano, se han dejado atrás las creencias y los prejuicios que consideraban que las personas que crecían en condiciones altamente desventajosas estaban condenadas al fracaso, la exclusión social, la desventura y el infortunio. Afortunadamente, las investigaciones han encontrado claros indicios de que esta situación no es así, y que pese a todas las adversidades que pueda vivir, el ser humano es capaz de sobreponerse y enfrentar la adversidad de modo constructivo, de tal manera que pueda convertirse en una persona que ha desarrollado diferentes virtudes que la lleven a un desarrollo mental y físico como cualquier otra.

Dentro de las investigaciones revisadas se encontraron múltiples maneras de medir la resiliencia, entre ellas: la capacidad de adaptabilidad, el nivel de resistencia, competencias sociales y personales, tolerancia a los efectos negativos, nivel de impacto del estrés, autorregulación, apoyo social, creatividad, confianza en sí mismo, autoeficacia, autoestima, entre otras. Asimismo, una persona, o concretamente un niño, puede manifestar características positivas como generosidad, responsabilidad, laboriosidad, fortaleza, perseverancia o paciencia, en medio de las adversidades y, por tanto, generar procesos de resiliencia.

Vale la pena resaltar que una acertada combinación de instrumentos para medir la resiliencia y su utilización complementaria con otros, por ejemplo, de personalidad o de salud mental, puede resultar una ventaja a la hora de estudiar el fenómeno resiliente, pues algunos pueden estar más desarrollados que otros y, en esa medida, se crea una sinergia armoniosa que pretende comprender mejor el concepto.

En la revisión previa que se llevó a cabo sobre las distintas perspectivas que estudian y evalúan la resiliencia puede observarse que el interés por la medición varía

según la disciplina o perspectiva teórica en la que se inscribe el investigador. Así, si lo que se pretende es conocer el nivel de resiliencia por los indicadores de salud mental, lo más probable es que las perspectivas disciplinarias que soporten este estudio sean la psiquiatría, la enfermería o las ciencias afines. Si la pregunta de investigación va orientada a conocer los niveles de autorregulación emocional, autoestima, autoeficacia, de seguro las ciencias que lo iluminan sean la sociología y la psicología. Esta última disciplina fue la más frecuente en la revisión de estudios que diseñaron instrumentos para medir y evaluar la resiliencia. En este documento, la propuesta teórica partió de la antropología filosófica y uno de sus estudiosos llamado David Isaacs. Sus conceptos sobre las virtudes humanas pueden llegar a ser una manera de medir la resiliencia.

En el estudio realizado por Fernández-Lansac y Crespo (2011), hacen una revisión del tema del cuidador no profesional de mayores ya que investigaciones pueden asociar a consecuencias negativas del cuidado pero también efectos positivos que se derivan de esta experiencia valorando la personalidad resistente (*hardiness*), la resiliencia y el crecimiento personal en cuidadores.

El cuidado constituye una notable fuente de estrés, pero también hay consecuencias positivas que pueden derivarse de tal experiencia. La posibilidad de auxiliar a una persona que lo necesita e incluso la posibilidad de acompañarla en los últimos momentos de su vida, puede ser percibida por el cuidador como una oportunidad para su propio desarrollo personal y traducirse, así, en sentimientos de bienestar y satisfacción. En esta línea, Cohen, Colantonio y Vernich (2002), han encontrado que en torno al 73% de los cuidadores no profesionales de ancianos señalan al menos un aspecto positivo de esta experiencia, lo cual además es indicativo de menores niveles de carga percibida y mejores autoevaluaciones con respecto a su salud. Las mayores fuentes de satisfacción que identifican los cuidadores están relacionadas con la sensación de compañía, de utilidad y de estar cumpliendo con su deber. Asimismo los cuidadores también refieren momentos placenteros o divertidos durante el desempeño de su labor (Cohen et al., 2002). En general, todos estos aspectos positivos son englobados bajo el término beneficios del cuidado, concepto que abarca además sentimientos tales como los relativos al aprecio por la cercanía con el receptor de cuidados o al orgullo derivado de la propia capacidad para afrontar las crisis (Kramer, 1997). A nivel contextual, diversos investigadores enfatizan el papel que ejerce el apoyo social percibido, siendo éste un importante predictor del grado de ajuste general de los

---

cuidadores (Heru y Ryan, 2006; Kinney y Parris Stephens, 1989; Pakenham, Chiu, Burnsall y Cannon, 2007; Rapp, Shumaker, Schmidt, Naughton y Anderson, 1998).

Las autoras Fernández-Lansac y Crespo (2011), señalan que esta consideración de satisfacción y beneficios del cuidado contrasta con la escasa investigación desarrollada en torno a la resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores. Pocos estudios han adoptado como tema central, y de modo directo, la capacidad del cuidador no profesional para resistir el estrés al que se somete y para encontrar en él una oportunidad para su propio desarrollo personal. Su artículo tiene como finalidad ofrecer una revisión sistemática de los estudios sobre resiliencia, personalidad resistente (*hardiness*) y crecimiento efectuados en cuidadores no profesionales de mayores con demencia. Estudiar la resiliencia, y conceptos asociados, en cuidadores permite, en primer lugar, situar la resiliencia dentro de un marco de estresores crónicos, ya que hasta la fecha la mayoría de las investigaciones publicadas la analizan en relación a potentes estresores puntuales. Además, a nivel clínico, conocer los factores que promueven la resiliencia en cuidadores permitirá la elaboración de programas de intervención preventivos, evitando la aparición de muchos de los problemas que con frecuencia se asocian al cuidado no profesional. Dichos programas, a su vez, podrán ir dirigidos a apuntalar y fomentar la capacidad del individuo no sólo para resistir la adversidad, sino para convertirla en una fuente de desafío y autorrealización personal, pudiendo constituir un complemento, cuando no una alternativa, a los tradicionales programas de tratamiento del malestar en cuidadores.

Por otro lado, diversos estudios coinciden en destacar la importancia del vínculo existente entre el apoyo social recibido por el cuidador (ya sea familiar o por parte de sus amigos) y su resiliencia, ejerciendo, el apoyo social, la función de amortiguador del efecto del estrés sobre el estado emocional de la persona, y siendo este efecto mayor en el caso del apoyo social familiar (Wilks y Croom, 2008). Tanto la resiliencia como la personalidad resistente del cuidador se hallan vinculadas a un conjunto de factores que interactúan, entre los que destacan los relacionados con la forma de evaluación, el tipo de afrontamiento llevado a cabo por el sujeto, y el apoyo social recibido. Si bien las personas resilientes tienden a evaluar y a afrontar eficazmente las situaciones de estrés que atraviesan, una evaluación positiva y un estilo de afrontamiento eficaz tendrán una mayor probabilidad de generar consecuencias deseables. Cuidadores que afronten con éxito la experiencia de cuidado verán atenuado el efecto de muchos de los estresores

primarios y secundarios que la conforman, por lo que su nivel de resiliencia se verá incrementado.

**- Programa para la resiliencia:**

1.- Experiencia del dolor.

2.- Afrontamos el dolor con la resiliencia mediante: Flexibilidad emocional, mental y conductual que permitan la adaptación mental, emocional y conductual.

3.- Valoración de factores que contribuyen a la adaptación a la adversidad

4.- Estrategias de Afrontamiento: específicas y de entrenamiento

Actitudes constructivas frente a lo que nos hace sufrir

Tareas específicas de adaptación a la situación difícil.

Seligman (2011), cuenta la experiencia de dos personas que son despedidas de su puesto de trabajo y tras un primer momento de tristeza, ansiedad, indecisión e incluso apatía, uno de ellos pensó que era una situación transitoria y que él era bueno en su trabajo, actualizó su curriculum y lo envió a diferentes empresas. Finalmente encontró trabajo. La otra persona entró en una espiral de desesperanza, pensando que no estaba preparado para ese trabajo y se quedó estancado.

Seligman (2011), refiere estilos diferentes de afrontar una situación adversa tras la tristeza y la apatía del primer impacto en que una persona se actualiza y genera esperanza mientras que otra persona entra en una espiral de desesperanza. Son reacciones que distinguen a los que crecen o a los que se paralizan ante el futuro. En este artículo hace referencia finalmente a cómo se construyen habilidades o desarrollo de un programa de enseñanza de resiliencia. En el ejército de EEUU sus miembros pueden tener problemas de depresión o estrés postraumático. El objetivo es utilizar la capacidad de recuperación para reducir el estancamiento. El optimismo es la clave. Ante situaciones de indefensión aprendida aprenden impotencia o siguen luchando...Las personas que no se rinden tienen la costumbre de interpretar los contratiempos como algo temporal y cambiante. Sus fortalezas son rasgos positivos de carácter como la curiosidad, creatividad, valentía, liderazgo...y decían las siguientes expresiones: Me parece que el mundo sea un lugar muy interesante. Siempre me identifico las razones de mis acciones. Yo nunca dejé una tarea antes de que se haga. Ser capaz de subir con nuevo y diferente ideas es uno de mis puntos fuertes. He tomado posiciones frecuentes

en la cara de una fuerte oposición. Siempre me reconozco cuando me equivoco. En un grupo, trato de asegurarme de que todos se sientan incluidos. Yo siempre miro el lado bueno. Quiero participar plenamente en la vida, no sólo verlo desde el banquillo.

Los seres humanos se distribuyen normalmente ante una adversidad, unos con estrés postraumático, otros con depresión y luego vuelven a la normalidad, o se quedan estancados o crecen. A las personas que crecen en el trauma se les llama resilientes y es lo que Friedrich Nietzsche (1998), dice: *“Lo que no mata nos hace más fuertes”*.

En el ejército se podría detener la espiral del fracaso mediante la enseñanza de habilidades psicológicas. Preparan con curso y se basan en capacitar en emoción positiva, compromiso, relaciones, significado y logros los bloques de construcción de la resiliencia y el crecimiento. Se basa en las fortalezas, identificar las emociones sobre cinco elementos conocidos para el crecimiento postraumático:

1. La comprensión de la respuesta a un trauma.
2. La reducción de la ansiedad a través de técnicas de pensamientos e imágenes intrusivos que existen controlan.
3. Participar en la auto-revelación constructiva. Se anima a contar sus historias.
4. Creación de una narrativa de su historia.
5. Articular principios de vida. Estos abarcan nuevas formas de ser altruista, la elaboración de una nueva identidad, la construcción de la fortaleza mental, la construcción de fortalezas personales, y la construcción de relaciones sólidas. La construcción de la fortaleza mental. Se inicia con el modelo ABCD de Albert Ellis: C (emocionales consecuencias) se deriva directamente de A (la adversidad), sino de B (las creencias de uno sobre la adversidad).

#### **1.4.6.- Resiliencia y educación**

El estímulo intelectual, social y afectivo puede potenciar en el alumno su capacidad para reaccionar de manera positiva ante situaciones adversas. Si la resiliencia se desarrolla es mejor aprovechar el proceso educativo. Se le guía para que desarrolle su capacidad de resiliencia y llegue a ser más completo como persona y mejor preparado para los sucesos de la vida. Solucionados problemas básicos de Salud, alimentación o protección y atender a esas oportunidades de desarrollo y desarrollar capacidad de



reacción a estímulos. Desarrollando cualidades conseguirá autoestima y motivación importantes en la resiliencia y trabajar todas las cualidades mencionadas.

Es importante equivocarse, asumir la equivocación y corregirse y aprender. El que se esfuerza gana, saber que todo cuesta y que la vida no es fácil y que si lo propones lo consigues y alabar el esfuerzo. Establecer metas reales y saber que cuenta con el apoyo de sus familiares, amigos y profesores. Educar en solidaridad y empatía. Ser positivo es una cualidad, y actitud ante la vida, ver el lado bueno, interpretar en positivo lo que le ocurre, buscar soluciones, tolerante, y flexible y tener sentido del humor. Una mentalidad resiliente está preparada para afrontar la adversidad y tiene sentido del compromiso, que tenga curiosidad, creatividad, independencia, aprenda de sus errores, apoyo social, desarrollar autoestima. Aumentar la resiliencia del alumno fomenta su rendimiento académico y desarrollo profesional y personal (Caplan, 1985).

.- La resiliencia para mejorar la salud integral: El cuidado de la salud es prioritario a nivel individual y colectiva, y es preocupación de toda la sociedad. Avances científico-técnicos ha sido importante, pero hay dolencias que quedan en estado crónico con impacto socio-económico. Hay mejora en enfermedades agudas pero en enfermedades crónicas como diabetes, donde para ellas es imprescindible prevención primaria, secundaria, promoción de salud educación sociosanitaria y actitudes, capacidades y herramientas de la persona enferma y entorno. La OMS define la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. En la conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (Kazajstan) en 1978 se reitera esta definición y se agrega que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro de la salud es un objetivo social en el mundo y con la intervención económica social. La salud y la enfermedad no son dos conceptos opuestos sino que uno es consecuencia de la pérdida del otro. El hombre es unidad bio-psico-social. El enfermo sufre. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son esenciales. Caplan (1985), recuerda que la prevención es la acción integral con tres niveles de intervención:

Prevención primaria: implica la participación de la comunidad bajo la organización de los agentes de salud para la detección de condiciones de enfermedad.

Prevención secundaria: intenta disminuir la prevalencia o número de casos, el diagnóstico precoz y el tratamiento. Intenta evitar la cronicidad.

Prevención Terciaria o rehabilitación: procura reducir las secuelas recobrando la reintegración.

Para la prevención de la enfermedad se requiere la activación de recursos internos de los sujetos, familias y comunidades para llevar los conflictos y crisis. La resiliencia es alternativa para activar el potencial interno en el cuidado de la salud. Para garantizar la calidad de vida. La promoción de la salud sugiere que la resiliencia prepare a los sujetos para fortalecer la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida para no detener el desarrollo integral sino que permite cambios de perspectiva. El profesional de la salud es el facilitador de procesos de cambio que dependen de la motivación y expectativas del sujeto, comunidad y familia.

La resiliencia según los autores es una herramienta que ayuda a mantener un mejor estado de salud y supone una capacidad de adaptación al cambio y a los retos y una mayor capacidad para sobrellevar determinadas enfermedades agudas o crónicas y las emociones negativas. Las herramientas que proporciona la actitud resiliente aportan los medios para recuperar la estabilidad emocional debilitada por el estrés. A lo largo de la vida, estamos sometidos a diferentes experiencias de crisis adversas tipo enfermedades, duelos...La resiliencia proporciona los recursos psicológicos para afrontar con éxito las adversidades y retos de la vida diaria e impide que dichas adversidades nos superen. El estudio de la resiliencia trata de identificar modos en que la gente supera la adversidad y el dolor. Ante la adversidad, según Hardy, Concato y Gill (2004), se revelan habilidades escondidas, se fortalecen las relaciones, y se cambian las prioridades hacia el presente y hacia las personas. Las enfermedades precisan gran resiliencia para superarlas. Es un reto más que una pérdida. En investigaciones con sujetos enfermos crónicos se ve que salen adelante a pesar del estilo de vida diferente cuando cuentan con apoyo externo, familia. Es importante que desarrollen la resiliencia para continuar con vida significativa que les proporcione bienestar para disfrutar de calidad de vida aceptable.

Señalan los autores Brooks y Goldstein (2010), que la resiliencia en la atención a la salud se centra en las interacciones personales y cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. En vez de ver a la persona como enferma es reformular la percepción y ver a la persona en su totalidad. Según Chok Hiew y colaboradores (2000) las personas resilientes reducen la intensidad del estrés, y así se disminuye la presencia de signos emocionales negativos como la ansiedad y depresión y aumenta la

salud emocional. La resiliencia es efectiva para enfrentar adversidades y promocionar la salud mental y emocional. Las fortalezas de las personas que surgen del cuidado de la salud y del estrés son más positivas sobre la salud. No es que la buena salud genere resiliencia sino que la mala salud es el agente desencadenante de la resiliencia.

#### *La identificación de las personas resilientes*

Mayor coeficiente intelectual y habilidades de resolución de problemas. Mejores estilos de afrontamiento. Motivación al logro (autoeficacia). Autonomía, autoestima y locus de control interno. Empatía, conocimiento y manejo adecuado de relaciones interpersonales. Voluntad y capacidad de planificación. Sentido del humor positivo.

La salud buena facilita afrontar una situación adversa en mejores condiciones. La promoción de la salud permite modificar y fortalecer los conocimientos, actitudes y hábitos de las personas para participar en el cuidado de la salud fomentando conductas protectoras y disminuyendo las de riesgo. La activación de factores resiliencia genera cambios en entorno, familia e individuo. Implica multidisciplinariedad: antropología, enfermería, sociología, psicología, derecho, medicina y trabajo social y economía. Para comprender cómo las personas responden positivamente a situaciones adversas y ese conocimiento sirve para potenciar las fortalezas. El concepto de resiliencia es una mirada esperanzadora para tratar la adversidad sin asumir el concepto negativo y pesimista de la naturaleza humana. Es tener la posibilidad de vivir de otra manera y mejorar la vida. La resiliencia es que ante ataques que le afectan es capaz de volver a su estado original y aprender a sobrellevar futuros ataques mejor. El resiliente no vuelve al estado original sino que aprende pero conserva sus características fundamentales.

El conjunto de cualidades, buenas prácticas que hacen sobrevivir, adaptarse fortalecerse y prosperar es lo que se llama resiliencia. La comunicación buena y motivadora precisa no solo de transmitir mensajes sino de que los mensajes sean escuchados y entendidos

El concepto de resiliencia proviene de la física y hace referencia a la capacidad de los materiales para resistir choques, y se ha propagado al campo de la psicología. El sujeto resiliencia no sólo tiene capacidad de resistencia sino además otra serie de aptitudes para salir adelante a pesar de la adversidad (Vanistendael, 2005).

La resiliencia tiene doble característica: resistir al golpe y la capacidad de incorporar el episodio estresante a la construcción de la vida. No es negar el trauma

Rousseau (2012). No es resistir ni encajar los golpes sino metamorfosearlos, y así sacamos provecho de la situación.

Según Boris Cyrulnik (2005), que ha desarrollado y extendido este concepto, el desgarramiento traumático es necesario para poder hablar de resiliencia y luego desarrollarse posteriormente. Aquí difieren los europeos y americanos. Los americanos se refieren a la resiliencia cuando se sufre episodio vital fuerte aunque no haya habido trauma. Este concepto americano es más amplio y se refiere la resiliencia a la adversidad en general en formas y grados diferentes.

La resiliencia se relaciona con traumas como la guerra, catástrofes enfermedades o accidentes graves, maltrato en niños...que causan estrés emocional intenso y desequilibrio psíquico que dejan marcas en el plano emocional, cognitivo o sensorial. Pero según los americanos, el concepto de resiliencia es más amplio y abarca una gran gama de sucesos estresantes en apariencia menos dramáticos pero también devastadoras como perder el empleo, ruptura sentimental o familiar que puede la persona perder el control de su propia vida y pensar que nada tiene sentido. Se trata de vivir episodios difíciles, que representen amenaza significativa y tener buena capacidad de adaptación para poderse considerar persona resiliente. Un día difícil en el trabajo, superar una discusión no nos hace resiliente eso es gestionar adecuadamente el estrés inherente a la vida cotidiana. Recuperar el dominio de nuestra vida y no estar en posición de víctima constantemente y echar mano de recursos internos para superar y resistir al estrés convivir con el sufrimiento de manera constructiva y desarrollar capacidades de adaptación,...y supone un aumento de competencias.

La resiliencia es un proceso continuo dinámico y evolutivo sostiene Emmy Werner (1998) psicóloga americana considerada como la madre de la resiliencia. No es absoluta ni se adquiere para siempre puede fluctuar según las circunstancias y episodios, pueden ser factores de riesgo más poderosos que los de protección, No siempre somos resiliencia, y no nos volvemos resiliencia solos sin la participación de los demás en sus relaciones. La resiliencia no es una banalización del sufrimiento, ni la ausencia del mismo. La adversidad deja cicatrices según Steve J. Wolin (1993). La resiliencia se opone a la reproducción intergeneracional de los malos tratos o la violencia según Cyrulnik (2005), considera el libre albedrío del sujeto y todo su potencial.

#### **I.4.7.- Factores de riesgo y de protección**

##### *La identificación de los factores de riesgo:*

El psicólogo americano Norman Garmezy (1991), que escribe sobre resiliencia y es el padre del término define los factores de riesgo como factores que aumentan la posibilidad de que una persona presente dificultades de adaptación y aprendizaje. Pueden provenir de características individuales, ambientales o de su interacción.

El psiquiatra inglés Michael Rutter (2006), subraya la importancia de las fluctuaciones individuales al responder a los factores de riesgo. Las cosas no afectan por igual a todo el mundo y nos enfrentamos a la adversidad de distintas formas. Debe tenerse en cuenta los factores genéticos que influyen en las diferencias individuales y los factores ambientales que provienen de experiencias anteriores.

Factores personales que nos hacen frágiles son: nacimiento prematuro, deficiencias cognitivas, retrasos del desarrollo, baja autoestima que lleva a tolerar lo intolerable, rechazo social y temperamento sumiso.

Factores familiares: como el estrés perinatal, relaciones conflictivas, violencia conyugal, abusos de los niños, enfermedad crónica de los padres, divorcios...Se debe tener en cuenta el factor de riesgo en conjunto con el individuo, familia y el factor social.

Conocer los factores de riesgo ayuda a buscar herramientas adecuadas para prevenirlos, evitarlos y eliminarlos, incluso desde la autoestima y la confianza en uno mismo, gestionando conflictos.

Walsh (2004) psicóloga en resiliencia familiar afirma que en cada etapa del desarrollo un equilibrio se modifica entre los sucesos estresantes que aumentan la vulnerabilidad y los mecanismos de protección que aumentan la resiliencia. Factor que amenaza nuestra integridad es el trauma o shock emocional causado por experiencia difícil. Según Brillon (2010), especializada en el tratamiento postraumático, la muerte imprevista de un ser querido, agresiones físicas, ver matar, accidente de coche...La variabilidad de los síntomas y reacciones postraumáticas se explica por las características específicas del suceso traumático las reacciones de la persona así como estrés, ansiedad y apoyo del entorno, juicio social, secuelas,.

**- La identificación de los factores de protección:**

Personas que siguen viviendo con alegría a pesar de las heridas aplicando estrategias de adaptación. Garmezy (1991), define los factores de protección como características individuales y ambientales o su interacción que ponen obstáculos a los efectos causados por los factores de riesgo para reducirlos. Rutter (2006), con estudios entre los años 60-80 para descubrir los factores de riesgo y protección de los sujetos explica los elementos de protección como influencias que cambian o mejoran nuestra respuesta a situación amenazadora, compensan los elementos de riesgo y permite adaptarnos, constituyen las vías que conducen a la resiliencia y la favorecen.

Muchos investigadores se interesan por este tema y ver qué factores permiten adaptarnos mejor. Estudio de Werner (1982), constató que niños resilientes poseen características concretas, por ejemplo con 20 meses buscaban nuevas experiencias y amistades y sociales, se entienden con sus camaradas, participan en actividades extraescolares en escuela. En estudios secundarios desarrollan concepto positivo de sí mismos y control interno, se saben responsables de sus actos, establecen lazos con alguien próximo que le presta una atención positiva. La aceptación incondicional por parte de una persona es elemento clave. Alcanzados los años 30 los adultos resiliencia hacen gala de competencias personales, apoyo de pareja, confianza, independencia ante las amenazas...y al final la autora Werner señala factores de protección divididos en 4 grupos:

Temperamento del sujeto, habilidades y valores empleados de forma eficaz, características y tipo de afectos y cuidados que hayan recibido de sus padres que repercuten en competencias y autoestima y la presencia de adultos que ofrezcan su apoyo como guardianes de su futuro.

King y colaboradores (2003), precisan que el desarrollo de competencias se acelera en cuanto los hitos positivos surgen porque cultivamos las habilidades y conseguimos logros. Mejora la autoestima y eficacia personal. Conseguir hitos materializando los sentimientos en objetivos es un cambio en el sentido de la vida y son el principio del camino hacia la resiliencia. La clasificación de las características que favorecen la resiliencia en 3 grupos individuales, familiares y sociales es obra de Garmezy (1991). Estimulan la resiliencia la interacción entre los recursos internos (cognitivos, afectivos y comportamentales) y externos es determinante según Brooks

(2010) doctor en psicología y añade que no se pueden considerar aisladamente los factores de protección.

Ante situaciones ejercitamos nuestras virtudes interiores y esto se puede desarrollar entrenando en resiliencia (Gruhl, 2009). Se estudian los factores de riesgo que pueden amenazar a las personas. En algunas personas estos factores de riesgo le pueden hacer desarrollarlos de forma positiva en su vida y estos atributos y capacidades para prosperar en situaciones adversas y esto se llama resiliencia: se compone de ciertas actitudes, atributos y estrategias que pueden ser observados y descritos. En investigaciones de Werner y Smith (1998), comentan que lo decisivo para el desarrollo personal de una persona es que como afronta tales dificultades. Que uno se quiebre o supere la dificultad depende de lo resiliencia que seas. Resiliencia significa elasticidad, capacidad de adaptación o capacidad de resistencia. Permite a las personas retornar a su posición original como una goma elástica o tentetieso, es como sistema inmunitario anímico.

Comenta la autora Gruhl (2009), que en el I Congreso de Resiliencia de 2005 en México definen resiliencia como la capacidad que tienen las personas de superar con ayuda de recursos personales y socialmente mediados, las crisis de su ciclo vital, haciendo es éstas ocasión para la propia evolución. Enfoque que entiende la resiliencia como proceso cualitativo de desarrollo individual y que no solo restaura la situación original sino que lleva más allá de ella. Lo importante no es tanto lo que le ocurre a uno en la vida sino cómo afronta lo que le ocurre. La resiliencia es un proceso continuo que no elimina riesgos ni contrariedades pero ayuda a abordarlos mejor. El término resiliencia describe la fuerza interior de personas que han superado duras adversidades. Aunque estemos libres de estos sucesos precisamos resiliencia. Ya que las contrariedades forman parte de la vida tanto en nosotros como en nuestro entorno asimilando ciertas situaciones.

La resiliencia no es solo una protección por si se expone a una adversidad sino una actitud ante la vida cotidiana siendo una reserva de fuerza emocional y de capacidades prácticas en todos los aspectos de la vida el desarrollo de la resiliencia y es un proceso que dura toda la vida. Según Emmy Werner (1998), es una capacidad de reserva y te permite estar preparado ante futuras dificultades y activa para el cambio y un colchón para las dificultades.

El autor Rojas Marcos (2010), quería estudiar los recursos naturales o fuerzas personales que mueven la voluntad de los seres humanos no solo a luchar por sobrevivir en situaciones peligrosas sino adaptarnos a las presiones sin claudicar y vencerlas. Cuando se afrontan las adversidades se suelen superar.

Adversidad casi inherente a la vida es la enfermedad crónica tanto en nosotros como en personas queridas. Hay remedios, pero ciertos diagnósticos son aterradores y quiebran la seguridad del sujeto, perturban las relaciones afectivas, trastocan su trabajo, interfieren en la capacidad de los placeres y tratamientos penosos. Ante la amenaza lo primero es conservar la vida, y va unido al concepto de estrés la respuesta del sujeto ante la adversidad, estrés como respuesta física y psíquica a los cambios internos y externos. Según la autora Álava Reyes (2010), la resiliencia es la capacidad que podemos desarrollar para enfrentarnos a la adversidad. Según Rojas Marcos (2010), la resiliencia es “la poderosa capacidad humana de encajar, resistir y superar la adversidad”. La adversidad puede referirse a situaciones de paro, luchar contra circunstancias adversas, luchar ante las enfermedades, pérdida de un ser querido. Más allá del problema está la manera de afrontarlo. La crisis puede ayudar a crecer enfocado de forma adecuada. La resiliencia ayuda a crecer, llena de esperanza y de ilusiones nuevas.

Crisis como oportunidad de cambio. Ante las adversidades podemos hundirnos pero también podemos reaccionar. En la crisis también hay dolor que hay que asumir. Superada la crisis está la plenitud. La resiliencia es esperanza en superar dificultades y volvernos más fuertes. No elegimos los sucesos pero sí la forma de afrontarlos. La persona resiliente no es un superhéroe, todos podemos ser resilientes con habilidades como la empatía, humor, perseverancia, optimismo, paciencia. La resiliencia es un proceso no un estado definitivo, no es inmediato es que requiere un tiempo para conquistar el futuro.

Factores de resiliencia son los que favorecen la transformación: cuidar las necesidades básicas, alimentación, sueño, actividad física, realizar programa de actividades placenteras nos fortalece.

Factores de no resiliencia son los que no favorecen el cambio y que harán que suframos más: pérdida de hábitos básicos como comer y dormir con regularidad, victimización, negativismo, quedarse bloqueado, pensamientos improductivos, queja continua de la situación que no cambia, lamentarse, culparse de la situación, desastre....



Desarrollar la resiliencia: podemos aprender a desarrollar la resiliencia y conseguir ser más resistentes frente la adversidad. Evaluar cada persona su situación, capacidades y áreas de mejora y también hay acciones para conseguirlo: Potenciar capacidad de observación, análisis, fortalecer nuestra seguridad y autonomía, creer en nosotros mismos, aceptar que las cosas llegan tarde pero dando pasos se consiguen, confiar en nuestras posibilidades, levantarnos después de cada tropiezo, crecernos ante las dificultades, desarrollar pensamiento lógico y sentido común, motivarnos cada día, potenciar nuestra esperanza, impedir que los demás nos responsabilicen de la insatisfacción ajena, asumir que no nos podemos equivocar y aprender de nuestros errores, visualizarnos en positivo, sonreír cada día y llenarnos de ilusiones nuevas. Una persona resiliente (positiva, perseverante, luchadora, capaz de superar adversidades, y ser más feliz) casi siempre encuentra una salida por pequeña que sea.

#### **I.4.8.- La resiliencia en personas de edad**

La resiliencia en las personas mayores es estudiada por la autora María Guadalupe Jiménez Ambriz (2011), observando que la mayoría de las personas mayores tienen gran satisfacción en diferentes aspectos de su vida a pesar de dificultades en la salud, el funcionamiento físico, en la disminución de las relaciones interpersonales, roles y estatus social. La resiliencia es la capacidad de las personas mayores para adaptarse a las constantes exigencias en las diferentes áreas de sus vidas, logrando mantener el equilibrio y un adecuado nivel de bienestar. Estos hechos han llevado a algunos investigadores a declarar que la vejez es una etapa caracterizada por la resiliencia.

La resiliencia es un concepto relacionado estrechamente con el de envejecimiento con éxito. Algunos investigadores proponen que la resiliencia en la vejez puede ser la habilidad para usar los recursos psicológicos que ayudan a aceptar los cambios psicosociales y físicos. Gracias a las investigaciones centradas en la vejez con éxito, la resiliencia, y las que tienen una perspectiva positiva de la psicología conocemos algunas variables biológicas, psicológicas y sociales que contribuyen a estos procesos. Entre los componentes esenciales de la resiliencia, destacan las estrategias de afrontamiento. Se ha observado que en la vejez, el afrontamiento puede dirigirse a «ajustar» o «replantear» los objetivos y lo que da sentido a la vida, así como a aceptar los cambios y sucesos que no se pueden controlar de manera directa. No obstante, cuando un problema es susceptible de ser resuelto de manera activa y directa, es conveniente preservar las

estrategias conductuales dirigidas a ello. Leipold y Greve (2009), proponen que el afrontamiento es un puente entre la resiliencia y el desarrollo.

Las emociones positivas son relevantes en el proceso de resiliencia y operan de manera especial en la vejez. Los datos indican que las personas mayores prestan más atención a los estímulos emocionalmente positivos que a los negativos. Este fenómeno contribuye a salvaguardar la salud mental y puede ser reforzado por la intervención de los profesionales. Conocer estas variables y basar las estrategias de intervención en ellas puede enriquecer los programas destinados a mantener y aumentar el bienestar y la resiliencia, así como prevenir o «inmunizar» contra la vulnerabilidad y la adversidad. La intervención puede dirigirse a: a) reducir el daño actuando directamente sobre los factores de riesgo; b) fortalecer los factores protectores que disminuyen la probabilidad de desarrollar trastornos patológicos, y c) promover los factores que aumenten el bienestar psicológico (Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu, 2010).

Conocer las fortalezas y la plasticidad potencial de las personas mayores dará un carácter positivo a la intervención, unido a la posibilidad de incorporar aspectos atractivos y divertidos como es el sentido del humor y la creatividad (McFadden y Basting, 2010), en el diseño de los programas, lo que a su vez puede favorecer otras funciones, como son las cognitivas.

Jiménez Ambriz (2011), observan que a pesar de que en la vejez se acumulan experiencias desfavorables y altamente estresantes, como factores de riesgo, muchos mayores consiguen adaptarse a los cambios y siguen aportando adecuados niveles de satisfacción con la vida o, al menos éste no decrece en comparación a etapas anteriores. A este fenómeno se le denominó “la paradoja del bienestar” (Staudinger et al., 1995; Greve y Staudinger, 2006), y constata que la resiliencia ocurre de manera mucho más usual de lo que pudiera pensarse e, incluso, puede ser considerada como un fenómeno ordinario más que extraordinario (Bonanno, 2004; Luthar et al., 2000). La idea básica es que si un dominio o área se ve amenazada, muchas otras áreas de protección se activarán para protegerla o subsanarla. Los recursos asociados a la resiliencia (también llamados factores protectores o recursos) que median moderan la relación entre los estresores y los resultados, son de naturaleza múltiple y cambian en los diferentes periodos de la vida, además cabe recordar que se encuentran a nivel individual, familiar y social o de comunidad (Heckhausen, 2001, Luthar et al., 2000). Se puede hablar, por ejemplo, de resiliencia cognitiva, resiliencia física, resiliencia emocional, etc., siendo

muy conveniente hacer dicha distinción. Además, la resiliencia será activada en diferentes áreas o competencias, dependiendo del periodo de la vida en que requiera ser activada. Con respecto a la vejez, los indicadores de resiliencia pueden ser el mantener un buen funcionamiento en los dominios que son de mayor interés para los individuos. Usualmente se enfocan a mantener una buena salud, movilidad y funcionamiento físico, al aspecto cognitivo y de personalidad y a mantener las redes sociales y de apoyo (Heckhausen, 2001).

Es conveniente señalar que algunos investigadores insisten en que la resiliencia no es considerada una característica o atributo de la personalidad, sino un conjunto de recursos y fortalezas que son capaces de potenciarla y proveerla cuando la situación lo requiera (Greve y Staudinger, 2006). Entre los recursos señalados constantemente en la literatura se encuentran la identidad positiva, el control personal, la autoeficacia, la autoestima, las emociones positivas, el optimismo, el afrontamiento y el apoyo social.

Baltes et al. (1998), y sus colaboradores puntualizaron que el ser humano se caracteriza por la plasticidad, es decir, por la capacidad de minimizar los efectos de lesiones a través de cambios estructurales y funcionales en otras áreas. Este concepto forma parte central y es prerequisite para el desarrollo humano y para la resiliencia. En otras palabras, cuando las personas mayores se enfrentan a nuevas situaciones como son las enfermedades crónicas, el abandono por parte de los hijos, la separación del esposo o de la esposa, la viudez, o la jubilación, entre muchas otras, se ven obligados a replantearse nuevas pautas de vida que les llevará a la adopción de estrategias encaminadas a superar las crisis.

#### **I.4.9.- La resiliencia en madres**

La resiliencia es un proceso de adaptación positiva ante la adversidad, y en el trabajo de Roque, Acle y García (2009), sobre la validación en una muestra de madres con niños especiales con una escala de resiliencia materna se procuró describir las características de resiliencia e identificar los mediadores que intervienen en situaciones de alta vulnerabilidad como es la excepcionalidad de los hijos (discapacidad o aptitudes sobresalientes). Es la capacidad universal y ordinaria del individuo, para hacer frente, resistir y sobreponerse a la adversidad o a los factores de riesgo, así como para evitar y/o reducir sus consecuencias negativas. En este sentido, lo que afecta positiva o negativamente la vida de un niño con alguna excepcionalidad, no sólo depende de sus características en sí, sino de la forma en que su familia lo ve, lo trata y de lo que hace por él; lo que apunta a la importancia de los padres para facilitar su funcionamiento o para crearles barreras (Gargiulo, 2003; Shea y Bauer, 2000; World Health Organization, 2000). Los padres, responden de forma diferente a las características excepcionales de los hijos y éstas, pueden cambiar el funcionamiento y el papel de los mismos (Gargiulo, 2003; López y Roque, 2006). De ahí que se considera que la resiliencia de la madre, es un recurso importante para la atención de los hijos con discapacidad o con aptitudes sobresalientes (Acle, 2006), por lo que resulta esencial lo señalado por Gardynik y McDonald (2005), respecto a que se precisa mayor investigación empírica acerca de los mediadores que influyen a las personas que presentan alguna excepcionalidad y a los que están a cargo de ellos. En cuanto a las características a identificar por los instrumentos, se encuentra que no existe una única caracterización de la persona resiliente, las dimensiones que se abordan son diversas; sin embargo y al igual que en la literatura, se destaca como un factor a identificar, el apoyo social con que cuenta la persona. Se evidencia además, que no basta con hacer una traducción fiel de los instrumentos existentes, es urgente elaborar aquellos que consideren las particularidades socioculturales de las personas a las cuales se dirigen, así como la situación adversa o el riesgo ante la cual se busca identificar la resiliencia. A partir estos planteamientos, este estudio tuvo como objetivo validar una escala para evaluar resiliencia en madres de hijos con alguna excepcionalidad, que apoye a la intervención educativa y al conocimiento acerca de este constructo. El trabajo se realizó en dos fases: en la primera, se analizaron cualitativamente por medio de la técnica de grupos focales, características

de resiliencia y mediadores en madres de hijos con alguna excepcionalidad; en la segunda fase, se buscó construir un instrumento a partir de los resultados obtenidos en los grupos focales. Por mediadores, se considerará a los aspectos personales y sociales que pueden favorecer las características de resiliencia de la madre y su adaptación positiva ante la excepcionalidad de los hijos, al amortiguar o no, el efecto de dicha excepcionalidad. Dichas características de resiliencia de las madres, son influenciadas de forma positiva por la presencia de mediadores relativos a los niveles individual y social, lo que da cuenta como indicó Murray (2003), que la persona no está aislada, sino en constante interacción con los elementos y actores de los ambientes en que se desarrolla: Poseen metas claras a corto y largo plazo respecto a los menores con excepcionalidad y realizan acciones para conseguirlas. Asumen la responsabilidad de sus acciones y tratan de aprender de los errores y del fracaso, lo que para ellas, les ayudan a crecer como personas. Sostienen que ser madre es ser responsable, querer, ayudar y respetar a los hijos, quienes son su fuerza para seguir adelante. La misión de sus familias, es sacar adelante sobre todo a quienes tienen discapacidades o capacidades sobresalientes acompañadas de problemas para aprender, las cuales perciben como situaciones adversas que hay que atender. Poseen y transmiten valores a sus hijos, como la responsabilidad, la honradez y el respeto. Tienen fe en Dios, lo que las impulsa a sacar adelante a sus hijos con alguna excepcionalidad y les da paz interior. Buscan el lado positivo de lo que sucede con sus hijos y sostienen que vale la pena vivir y continuar atendiendo pese a los obstáculos. Consideran que el humor y la risa les ayuda a salir adelante al sentirse menos preocupadas y tensas, por lo que tratan que sus hijos también estén alegres, por muy difícil que sea la vida. Básicamente mantienen relaciones de apoyo moral y afectivo con la familia de origen, lo que las ayuda a atender al menor con excepcionalidad.

Para Artz et al. (2001), la pobreza, las comunidades socialmente desorganizadas y los ambientes familiares y comunitarios disfuncionales, son mediadores ambientales que pueden tener un impacto negativo en el desarrollo individual e incrementar la vulnerabilidad hacia problemas futuros. Sin embargo y como señaló Walsh (2004), la pobreza tiene grandes consecuencias para las familias pero no para todas, pese a ella, hay personas con características resilientes. En la discusión de resultados vieron que seis dimensiones conforman la estructura factorial de la Escala de Resiliencia Materna, las cuales incluyen los aspectos que desde el enfoque ecológico, integran el constructo.

Que la madre o tutora perciba que sus acciones benefician a su hijo, tenga confianza en un futuro mejor para éste, lo motive y aconseje, busque los servicios o información que necesita hasta conseguirlos y vea los problemas como una forma de aprender, apuntan a la autodeterminación, reflejada en cuestiones como poder tomar de decisiones por sí misma, fijar y lograr metas, evaluar su ejecución y hacer los ajustes necesarios a partir de lo logrado, buscando el bienestar del hijo con alguna excepcionalidad. Ello coincide con lo señalado por la APA -American Psychological Association- (2005), respecto a que la persona resiliente, es aquella que tiene planes alternativos para implementar, los lleva a la práctica y es capaz de desarrollar nuevas estrategias que reemplacen a las que no funcionan. La desesperanza es el mediador negativo que más varianza explica en la escala, lo cual es comprensible, si se retoman los señalamientos de Gardynik y McDonald (2005), Johnston et al. (2003), Morrison, Bromfield y Cameron (2003) y Walsh (2003), en cuanto a que es uno de los problemas relacionados con los cuidados del hijo con alguna excepcionalidad, que originan en la madre sentimientos de vacío respecto a su futuro, por cuestiones como no lograr su cura, no tener el tratamiento ni los cuidados adecuados o no poder disminuir el sufrimiento o la presencia de problemas. En este estudio, la desesperanza se relacionó de forma significativa tanto con la falta de apoyo de la pareja como con la existencia de recursos limitados para satisfacer necesidades. La escala que discrimine tanto mediadores personales como sociales, apunta a que los aspectos que influyen las características de resiliencia de la madre o tutora ante la excepcionalidad de los hijos, no se encuentran sólo en ellas; esto, indica que, al estudiar la resiliencia, además de identificar las características del individuo, se precisa conocer las del medio (Artz et al., 2001; Bryan, 2005; Luthar, 2006; Murray, 2003; Todis, Bullis, Waintrup, Schltz y D'Ambrosio, 2001), lo que permitirá dar cuenta de los elementos específicos interrelacionados que se presenten en contextos particulares (Luthar, 2006), momento en que se sostiene además, que la resiliencia y la excepcionalidad, deben ser estudiadas dentro del contexto cultural en que se presentan.

#### **I.4.10- La resiliencia laboral**

Se estudia la capacidad de resistencia de los empresarios mediante las propiedades psicométricas de Connor-Davidson Resiliencia escala en una muestra española de empresarios (Manzano y Ayala, 2013), que puede ayudar a explicar el éxito

empresarial, y en este estudio de la Universidad de La Rioja se mide su capacidad de recuperación. Se analizan las propiedades psicométricas de la Escala de Connor y Davidson, Escala de Resiliencia CD-RISC, en una muestra de emprendedores españoles, que ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para medir la capacidad de resistencia de los empresarios. Un emprendedor es una persona con un don especial para reconocer las oportunidades y la capacidad de movilizar recursos externos a fin de aprovechar las oportunidades (Sánchez, 2011). El interés en los empresarios se basa en su capacidad de generar empleo y su contribución al dinamismo de la economía por medio de la incorporación de nuevas empresas a la red de negocios (Tang y Koveos, 2004). Emergieron tres factores de resiliencia (personalidad Resistente, Recursos y optimismo). Como empresarios la resiliencia, o la capacidad de soportar obstáculos y rápidamente superar la adversidad, sería una ventaja personal importante (Markman y Baron, 2003), y cuando se produce un evento inesperado, la resistencia les permite caer una empresa o modificarlo para aprovechar la nueva situación.

Las personas resilientes aceptan la realidad, tienen una extraordinaria capacidad para adaptarse al cambio significativo, y profundamente creer que la vida es significativa (Burns y Anstey, 2010). Otras cualidades asociadas con la resistencia son la paciencia, la tolerancia de afecto negativo, el optimismo y la fe. La resiliencia, o la capacidad de recuperarse de la adversidad, salir fortalecido y con más recursos, es una cualidad importante para los empresarios (Sutcliffe y Vogus, 2003). La resiliencia se refiere a la capacidad de los empresarios, a pesar de la desestabilización de eventos, mercados difíciles y las condiciones de vida, para seguir proyectándose en el futuro. Esta capacidad les permite impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad. En otras palabras, es la capacidad de los empresarios para superar circunstancias especialmente difíciles, gracias a sus cualidades de comportamiento y adaptación, junto con la cultura en la que están inmersos. Empresarios resilientes creen que pueden tener un efecto fortalecedor, son más capaces de adaptarse a los cambios, puede utilizar los éxitos del pasado para hacer frente a los retos actuales y utilizar las emociones positivas para recuperarse de las experiencias emocionales negativas (Tugade y Fredrickson, 2004). La actitud positiva hacia la desviación de los resultados esperados y deseados mostrados por los empresarios resistentes puede, por ejemplo, mejorar su disposición a aprender de una situación de fracaso y ayudar a obtener conocimientos y cambiar la mentalidad para que no se repitan errores. Markman y

---

Baron (2003), llegaron a la conclusión de que las características de los empresarios resistentes les dieron las herramientas, habilidades y destrezas que son la clave para el éxito de sus empresas.

En el estudio de Sánchez y Robles (2014), sobre Personalidad y resiliencia se valora la relación entre datos sociodemográficos, personalidad y resiliencia en una muestra de 348 policías masculinos de las unidades de intervención policial (UIP) de España (N = 348) entre los 23 y los 38 años (M = 26.88, DT = 3.12). Los resultados mostraron que la edad y el nivel educativo junto con la dominancia, la escrupulosidad, perseverancia, control de los impulsos y emociones estaban muy relacionados con la resiliencia. Además, el 66% de la varianza en resiliencia vendría dado por cuatro variables: la edad y el nivel académico y el tesón y el control de las emociones. Se discute la importancia de algunas variables sociodemográficas y diferencias individuales como predictoras del nivel de resiliencia en profesionales especializados de la policía y se abren algunas vías de trabajo para el estudio de la resiliencia en otros colectivos profesionales expuestos de forma constante a situaciones de extrema adversidad. Este término se empezó a aplicar en Psicología a raíz de estudios donde se mostraba cómo determinadas personas que habían sufrido experiencias adversas o traumáticas no desarrollaban niveles de disfuncionalidad, sino que parecían desarrollar un importante crecimiento psicosocial o personal que no existía antes (Vázquez, 2005). Las personas que no desarrollaban trastornos psicopatológicos después de una situación adversa o estresante se percibían como “anormales”. Actualmente parece ser que estas personas ponen en marcha otros recursos que les hacen más elásticas, es decir, aspectos personales, entre otros, que les hacen más resilientes (Bonanno, 2004; Luthar y Zelazo, 2003; Masten, 2001). Estos recursos parecen provenir de factores neurobiológicos (Charney, 2004; Feder, Nestler y Charney, 2009), factores psicosociales (Alim et al., 2008; Becoña 2006; Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008; A. Salgado, 2005) o de carácter epigenético (Autry y Monteggia, 2009) que promueven un mayor o menor nivel de resiliencia ante determinadas situaciones difíciles (Sánchez y Robles, 2012). Así, dentro del ámbito psicosocial de la resiliencia, una de las cuestiones que más interés sigue despertando es la determinación de los factores que la promueven y cómo se estructuran dichos factores (Bonanno, Westphal y Mancini, 2012). En particular, parece ser que el nivel de resiliencia varía según algunos aspectos sociodemográficos, entre ellos la edad y el nivel educativo; es decir, a mayor edad y mayor nivel educativo



mayor nivel de resiliencia (Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson y Brulin, 2007; Portzky, Qagnild, de Bacquer y Audenaert, 2010). También el estado civil, en particular estar casado, parece tener cierta relación con la alta resiliencia (Pole, Kulkarni, Bernstein y Kaufmann, 2006). Además, algunos estudios entienden la resiliencia en función de determinados rasgos de personalidad, entre otros aspectos, que favorecen las respuestas adaptativas después de haber sufrido situaciones estresantes o adversas (Campbell-Sill, Cohan y Stein, 2006; Fernández-Lansac y Crespo, 2011; Herman et al., 2011). Esta perspectiva se basa en estudios previos, que mostraron que algunos rasgos de la personalidad podrían estar en la base de la alta resiliencia (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2001; Kobasa, 1979). Por otro lado, existe una importante literatura internacional donde se analiza el impacto de las situaciones traumáticas constantes en algunos colectivos profesionales (Bartone, Roland, Picano y Williams, 2008; Bos, Mol, Visser y Frings-Dresen, 2004; Niculitâ, 2013; Slottje et al., 2007; Whealin et al., 2013). También en España existen estudios donde se analiza el impacto de situaciones de alto riesgo o incidentes críticos en diversos colectivos como militares, bomberos o policías (Miralles y Cano, 2009; Morales y Valderrama, 2012). En concreto, el colectivo de policías, por su exposición a situaciones adversas, sería especialmente susceptible de sufrir alteraciones psicopatológicas (Lieberman et al., 2002). De hecho, la mayoría de estudios sobre el colectivo policial se ha centrado en los factores de riesgo para el desarrollo de estrés postraumático, burnout, depresión o ansiedad, es decir, se han centrado en los policías que desarrollan algún tipo de psicopatología (Wang et al., 2010). Así, el hecho de que algunas personas no desarrollen psicopatología no impide que las experiencias traumáticas pueden dar lugar a otros resultados, sólo que los resultados positivos también merecen cierto reconocimiento y atención (Burke, Shakespeare-Finch, Paton y Ryan, 2006; Hennig-Fast et al., 2009). En esta línea parecen existir otros policías con altos niveles de resiliencia ante trastornos psicopatológicos, aunque se vean expuestos a acontecimientos críticos y adversos en su quehacer profesional (Marmar et al., 2006; Paton et al., 2008; Pole et al., 2006). Sin embargo, este aspecto en el colectivo policial arroja resultados ambiguos, lo que hace difícil valorar qué factores promueven un mayor o menor grado de resiliencia en estos profesionales (Martín, Marchand, Boyer y Martín, 2009). Algunos estudios parecen mostrar que existe una especie de “personalidad policial” que los hace diferentes a la población general, pero a la vez muestra la existencia de diferencias individuales en el propio colectivo de policías (Abrahamsen, 2006). Dentro

de esta perspectiva todavía se discute si en estos funcionarios el nivel de resiliencia mayor o menor puede venir originado porque determinadas personas con rasgos de carácter específicos elijan esta profesión (Burke et al., 2006; Pole et al., 2006), porque sean sometidos a diversas pruebas de entrenamiento que incrementan determinados factores de personalidad positivos (Berges, 2011; Forero, Gallardo, Maydeu y Andrés, 2009; Le et al., 2011; Smith y Charles, 2013), porque la exposición a determinados incidentes críticos les haga más o menos resilientes (Garbarino, Chiorri, Magnavita, Piattino y Cuomo, 2012; Ortega, Brenner y Leather, 2007) o por una variedad de factores relacionados con la autoselección, la selección posterior durante el entrenamiento y la exposición a situaciones difíciles en el servicio activo (Abrahamsen y Strype, 2010). Lo que sí parece ofrecer un mayor nivel de consenso es que los rasgos de personalidad podrían influir en el nivel de resiliencia ante las consecuencias negativas de situaciones adversas o críticas (Fuente, Aguayo, Vargas y Cañadas, 2013; Galatzer-Levy, Madan, Neylan, Henn-Haase y Marmar 2011). Los estudios sobre personalidad en policías parecen mostrar que presentan una alta estabilidad emocional, incluso en situaciones de riesgo o traumáticas (Martínez y de Puelles, 2011; Pole et al., 2006). Otras investigaciones han planteado que el locus externo implicado en un rasgo de personalidad denominado escrupulosidad es clave para que se de un alto nivel de crecimiento postraumático (Burke et al. 2006). También en policías el bajo neuroticismo y la alta flexibilidad psicológica se ha asociado a una mayor resiliencia al agotamiento emocional (García, Ramos y García, 2009). Otros estudios han planteado que los policías que presentan bajo cinismo incrementan su nivel de resiliencia ante el síndrome del burnout (Martinussen, Richardsen y Burke, 2007). También se ha demostrado que la agradabilidad, la extraversión y la escrupulosidad podrían ser variables moduladoras del síndrome de burnout en policías (Fuente et al., 2013). Sin embargo, se han encontrado pocos estudios donde se haya valorado qué rasgos de personalidad concretos se relacionan con la resiliencia en este colectivo (Gomà-i-Freixanet y Wismeijer, 2002; Peres et al., 2011). En esta investigación se propone analizar en policías de una unidad especial si los aspectos sociodemográficos, junto a los rasgos de personalidad, están relacionados con el nivel de resiliencia en este colectivo. En particular, como primera hipótesis se espera que la edad en los policías esté relacionada con la resiliencia. Como segunda hipótesis se plantea que el nivel educativo esté relacionado con la resiliencia. La tercera hipótesis espera que los policías casados sean mucho más resilientes que los policías con otro estado civil. La cuarta

hipótesis plantea que se obtendrán asociaciones estadísticamente significativas en las dimensiones y subdimensiones de la personalidad y la resiliencia. Por último, la quinta hipótesis plantea que la resiliencia será explicada en mayor medida por factores epigenéticos, en particular por la combinación de aspectos sociodemográficos y de personalidad. La Escala de Resiliencia en español de Rodríguez et al. (2009) consta de 25 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que oscilan entre 1 = totalmente en desacuerdo y 7 = totalmente de acuerdo. Se comprobó una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de resiliencia de los participantes ( $r = .70$ ,  $p < .001$ ), así como entre el nivel educativo y la resiliencia. Para el resto de variables sociodemográficas no existía relación con resiliencia. Esto confirma la primera y segunda hipótesis planteada, referida a que la edad y el nivel educativo correlacionan con resiliencia, aunque no la tercera hipótesis planteada, referida a que a los policías casados se les atribuye más resiliencia que a los de otro estado civil. Respecto a las asociaciones entre variables, se detectan varias asociaciones entre algunos rasgos de personalidad y la resiliencia. En particular, existe una correlación moderada entre la dimensión energía (E) y resiliencia ( $r = .67$ ,  $p < .01$ ), pero con un importante tamaño del efecto ( $n^2 = .84$ ) y una intensa potencia del contraste (.95). También se detecta una alta asociación entre tesón (T) y resiliencia ( $r = .74$ ,  $p < .01$ ) y un importante tamaño del efecto ( $n^2 = .87$ ) e intensa potencia (.98), al igual que con la dimensión de personalidad denominada estabilidad emocional (EE), en la que se detecta una alta correlación con resiliencia ( $r = .98$ ,  $p < .01$ ), con un destacado tamaño del efecto ( $n^2 = .93$ ) y potencia (1.00). = totalmente de acuerdo. A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia.

En resultados previos mostraban que en colectivos profesionales la edad podría ser una variable moduladora del nivel de resiliencia (Rodríguez et al., 2009). Estos datos podrían ser explicados por la consideración de la resiliencia como un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo de toda la vida. De hecho, muchas investigaciones previas ya consideraban la edad como una variable a tener muy en cuenta cuando se medía la resiliencia en una población concreta (Damasio, Borsa y da Silva, 2011; Lundman et al., 2007; Portzky et al., 2010). Así, también la resiliencia podría estar modulada por el nivel académico, pudiendo estar implicadas determinadas habilidades cognitivas, tal y como ya lo han demostrado estudios previos con neuroimagen (Peres et al., 2011). Por otro lado, en esta investigación el estado civil, y en concreto estar casado, no parece estar asociado con la resiliencia, al contrario de lo que han mostrado estudios anteriores

(Pole et al., 2006). Este hecho podría ser explicado por el alto riesgo profesional de los participantes de la Unidades de Intervención Policial (UIP), así como su movilidad geográfica constante, lo que hace difícil mantener relaciones personales estables. Los resultados encontrados en este estudio confirman la idea de que algunos rasgos de la personalidad están relacionados con la resiliencia, al igual que investigaciones anteriores (Fernández-Lansac y Crespo, 2011; Friborg et al., 2005; Herman et al., 2011). De hecho, este estudio muestra que en policías de las UIP la energía, el tesón y la estabilidad emocional están muy relacionados con la resiliencia; más específicamente la dominancia, la escrupulosidad y perseverancia y el control de los impulsos y emociones son las subdimensiones que se encuentran relacionadas con resiliencia, tal y como han concluido otros autores en estudios con estos funcionarios (Burke et al., 2006; Chen et al., 2006; Fuente et al., 2013; Garbarino et al., 2012; Pole et al., 2006). Parece ser entonces que las correlaciones positivas y significativas entre estas subdimensiones y la resiliencia podrían plantear que la capacidad para imponerse y sobresalir, el ser ordenado, meticuroso, con tenacidad en las actividades emprendidas, ser capaz de controlar las emociones en situaciones de tensión y de mantener el propio control en situaciones de riesgo son rasgos de personalidad que están asociados a la resiliencia en este colectivo profesional. Estos rasgos de carácter podrían explicarse por aspectos tales como la autoselección profesional o también podrían ser rasgos potenciados durante la fase de entrenamiento o durante la realización del servicio activo o una combinación de todas estas situaciones, tal y como han planteado estudios anteriores (Abrahamsen y Strype, 2010). De hecho ya se ha demostrado que la resiliencia es un proceso dinámico, con un carácter evidentemente epigenético, y en esta muestra de policías así parece evidenciarse (Bonanno et al., 2012; Luthar y Zelazo, 2003). En esta línea, los resultados del análisis de regresión múltiple realizados en este artículo muestran que el modelo más predictivo, y que explica el 66% de la varianza en resiliencia, vendría dado por cuatro variables: la edad y el nivel académico como variables sociodemográficas y el tesón y el control de las emociones como rasgos de personalidad. Esto está en la línea de estudios nacionales e internacionales que han demostrado que el control de las emociones y la capacidad de autorregulación son algunas de las características de personalidad que hacen más resiliente a este colectivo profesional (Burke et al., 2006). Pero además, los miembros de las unidades de intervención policial, como unidades especiales de la policía, son entrenados primero para ser policías nacionales y posteriormente para pertenecer a unidades especiales. Este doble entrenamiento

centrado en rasgos de personalidad positivos podría estar en la base de la alta resiliencia en este colectivo profesional y a su vez podría explicar que estos rasgos de personalidad puedan ser entrenados para promover resiliencia ante situaciones traumáticas o adversas en esta muestra de policías o en cualquier otro cuerpo de seguridad del Estado que sea expuesto a incidentes críticos o situaciones adversas constantes, tal y como han planteado investigaciones previas (Bonanno, 2004; Galatzer-Levy et al., 2011; Garbarino et al., 2012), unas de carácter longitudinal (Pole et al., 2006) y otras basadas en estudios con neuroimagen. El estudio actual presenta algunas limitaciones que podrían ser consideradas como líneas de investigación para futuros profesionales e investigadores. En este sentido, el hecho de que la muestra esté constituida solo por hombres puede contemplarse como una limitación sobre una variable que podría ser de interés para la resiliencia. Sin embargo, estudios previos han encontrado que aunque los niveles de resiliencia se incrementan con la edad no presentan relación con el género (Lundman et al., 2007; Portzky et al., 2010; Wagnild, 2010). Independientemente de estos resultados, podría ser de interés realizar estudios sobre personalidad y resiliencia con muestras diversas de profesionales (mujeres y hombres) pertenecientes a los cuerpos de seguridad del Estado para comprobar resultados anteriores en este colectivo profesional concreto. En línea con lo anterior, otra limitación de este estudio podría ser que todos los participantes pertenecían a las Unidades de Intervención Policial del Cuerpo Nacional de la Policía. Podría ser interesante contrastar los resultados de este estudio en otros cuerpos de seguridad del Estado (Grupo Especial de Operaciones -GEO-, Técnico Especialista en Desactivación de Artefactos Explosivos -TEDAX-, Grupo de Operaciones Especiales -GOE-, etc.) o con otros profesionales que son expuestos a situaciones adversas constantes como algunos grupos de élite del Ministerio de Defensa (militares, Guardia Civil, etc.).

En el estudio sobre mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería (Arrogante, 2014), los análisis correlacionales mostraron que la salud mental se relacionó negativamente con las 3 dimensiones del burnout y positivamente con la resiliencia. Por el contrario, la salud física solamente se relacionó negativamente con el Agotamiento Emocional y positivamente con la resiliencia. La resiliencia medió, por un lado, las relaciones entre el Agotamiento Emocional y la Despersonalización con la salud mental, y por otro lado, las relaciones entre la Falta de Realización Personal con la salud mental. La resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental

---

del personal de Enfermería, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto en su trabajo, cuyo resultado más adverso es la aparición del burnout. Por lo tanto, el entrenamiento de la resiliencia debería ser promovido para mejorar la práctica clínica enfermera. La evidencia empírica ha demostrado que la resiliencia (adaptación positiva a la adversidad) es una característica de la personalidad que es esencial e inherente al personal de Enfermería. El estudio demuestra que la resiliencia media las relaciones entre el burnout y la salud del personal de Enfermería, constituyéndose como un medio para que la Enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo, al minimizar las consecuencias negativas del burnout y mejorar su salud. El personal de Enfermería se ve sometido en su trabajo a diversos estresores laborales que provocan una serie de consecuencias negativas en su salud física y mental, constituyéndose en un colectivo con alto riesgo de desarrollar el conocido *síndrome de burnout*, tanto en atención hospitalaria como en atención primaria. La evidencia empírica ha mostrado que determinadas características de la personalidad se asocian con una mejor salud física y mental, y, en caso de enfermedad, con una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal (Connor y Davidson, 2003). En el estudio de Serrano, Garrido, Notario, Bartolomé, Solera y Martínez (2013), sobre la validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados, observan entre estas características la resiliencia, que incluye la capacidad para resistir el estrés, tolerar la presión ante situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias para superar las experiencias negativas o traumáticas. Investigaciones llevadas a cabo en el mundo sanitario hacen que el concepto de resiliencia se documente en la literatura sanitaria. El personal de Enfermería es testigo directo del sufrimiento humano y que hace frente, en consecuencia, a un entorno laboral adverso, estresante y poco gratificante, que fomenta la aparición del *burnout*. Por lo tanto, ante la constante exposición a un continuo entorno laboral adverso, la resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a la Enfermería para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria, llegándose a considerar a los profesionales de Enfermería resilientes como un elemento crucial en un, siempre cambiante, sistema sanitario. El desarrollo de la resiliencia personal se constituiría como un medio para que la Enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo, evitando la aparición del *burnout* y mejorando su salud.

Los objetivos principales del estudio son los siguientes: Analizar si existen diferencias en las variables psicológicas evaluadas en función de las variables sociodemográficas en el personal de Enfermería participante. Determinar las relaciones entre las 3 dimensiones del *síndrome de burnout*, la salud física/mental y la resiliencia en la muestra seleccionada. Analizar el papel mediacional de la resiliencia en las relaciones entre las 3 dimensiones del síndrome de burnout y la salud física/mental de los participantes. Utiliza la escala 10-Ítems CD-RIS, C10, para evaluar el nivel de resiliencia. Recogieron 5 variables sociodemográficas: sexo, edad, categoría profesional, servicio hospitalario y número de años de experiencia. Las futuras investigaciones deberán confirmar el papel tan importante que parece jugar la resiliencia en la salud mental del personal de Enfermería al amortiguar las consecuencias negativas del burnout. Los resultados obtenidos tienen implicaciones clínicas muy importantes, ya que la resiliencia se constituye como una característica fundamental del personal de Enfermería de atención hospitalaria. La resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental del mismo, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto en su trabajo, cuyo resultado más adverso es el desarrollo del síndrome de burnout. La resiliencia ayudaría a los profesionales de la Enfermería a desarrollar unas estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas ante las frecuentes situaciones estresantes que se dan en un clima laboral difícil y adverso, al que se enfrentan habitualmente. Por lo tanto, el entrenamiento y desarrollo de la resiliencia beneficiaría a aquellos profesionales con bajos niveles de la misma a la hora de adaptarse positivamente a su entorno laboral. Actualmente existen programas de entrenamiento de la resiliencia no solo dirigidos a la población general, sino también específicos para el personal de Enfermería. Dicho entrenamiento se debería promover dentro de las escuelas de Enfermería y los hospitales para mejorar la práctica clínica enfermera.

#### **I.4.11.- Resiliencia y violencia**

Estudios sobre este tema (percepción de exposición a violencia familiar en adolescentes de población general: consecuencias para la salud, bajo un enfoque de resiliencia. En investigaciones como las de Alvarado de Rattia (2013), en la Universidad Complutense de Madrid en la Facultad de Psicología en el programa de Doctorado en Mujeres y Salud ponen de manifiesto que puede existir un problema de salud social en

los adolescentes que están expuestos a la violencia que sufren sus madres por parte de sus parejas. Esa tesis doctoral se propuso estudiar bajo un enfoque salutífero, ecológico y diferencial de género, la salud física y psicológica de adolescentes entre 12 y 18 años de población general y su relación con la percepción de exposición a la “violencia en la pareja” que sufren sus madres. La autora pudo comprobar cómo en esta población aparece un grupo con un perfil de adaptación resiliente diferenciándose de los perfiles disfuncionales en las variables individuales y de contexto, que actúan como factores protectores. Estos perfiles coinciden con los encontrados en estudios previos realizados con población clínica. Estos resultados pueden orientar acciones a nivel de prevención secundaria y terciaria en población general que pueden estar en riesgo de exposición a la violencia en la pareja que sufren sus madres, con el objetivo de reducir daños, atenuar los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores a nivel individual y del contexto familiar. El interés por la salud de los adolescentes en situaciones de adversidad o “riesgo psicosocial”, ha sido un tema presente en la evaluación clínica y en las investigaciones desde el modelo de Resiliencia, que reconocen que un grupo de niños y adolescentes logran superar estas adversidades y evolucionan como adultos sanos (Masten, Best y Garmezy, 1991; Werner y Smith, 1989 y 1995).

Aunque se constatan resultados negativos en la salud física y psicológica de niños y adolescentes expuestos a la violencia en la pareja, en situaciones de adversidad familiar, en estudios realizados con niños y adolescentes expuestos a distintas situaciones de adversidad también se han encontrado conductas resilientes (Masten, Best y Garmezy, 1991; Werner y Smith, 1989). En esta investigación también hacen un recorrido por el estudio de la resiliencia en el campo de la salud y en psicología, y surge desde las investigaciones sobre el riesgo, cuyos pioneros constataron que algunos niños en “situación de riesgo”, evolucionaban en medio de la adversidad hasta convertirse en adultos sanos (Werner y Smith, 1989).

Esta escala permite identificar tempranamente las conductas resilientes y valorar las respuestas a tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos aplicados a población adulta. La resiliencia es cuantificable y tiene una relación directa con el estado de salud (individuos con enfermedades mentales tienen menores niveles de resiliencia que la población general), de hecho, los niveles en resiliencia son modificables y pueden mejorar con tratamiento psicofarmacológico y terapéutico (Connor y Davidson, 2003).



La relación de la resiliencia con variables demográficas como el sexo y edad ha sido estudiada utilizando diferentes escalas de resiliencia. Con relación al sexo, no se han encontrado diferencias entre varones y mujeres, utilizando las escalas Resilience Scale (RS), (Ludman, Strandberg, Eisemann, Gustafson y Brulin, 2007), Escala de Resiliencia de Saavedra y Villalta (SV-RES; Saavedra y Villalta, 2008) o la Escala de Resiliencia (Prado y del Águila, 2003). Grotberg (2001) en un estudio internacional realizado en 22 países con una muestra de familias con sus hijos e hijas hasta 11 años, no encontraron diferencias según sexo. Estudios posteriores en población adulta, tampoco han encontrado relación entre resiliencia y sexo (Connor y Davidson, 2003). No obstante, en población entre 18 y 75 años los varones mostraron puntuaciones más altas (Campbell-Sills, Forde y Stein, 2009); y en otro estudio realizado con población de adolescentes chinos, los chicos mostraron niveles más altos de resiliencia que las chicas (Yu et al., 2010). Con relación a la edad, los resultados no son homogéneos. Por un lado en población adulta la resiliencia se asocia positivamente con la edad (Ludman et al., 2007), mientras que en otros estudios no aparecen diferencias (Saavedra y Villalta, 2008). Considerando la CD-RISC, se ha constatado una débil relación positiva con la edad (Gillespie, Chaboyer y Wallis, 2009). En población de adolescentes, se han constatado resultados diferentes por edad. Yu et al., (2010) encontraron en adolescentes chinos menores de 15 años, una mayor puntuación en resiliencia comparados con los mayores.

La perspectiva ecológica de la Resiliencia reconoce un conjunto de factores individuales, familiares y sociales que actúan como factores de riesgo y/o protección frente a las situaciones de adversidad. En un primer momento se presentan los antecedentes del modelo ecológico según el postulado básico de Bronfenbrenner (1986), y la perspectiva ecológica de la resiliencia. En la segunda parte se muestran los fundamentos del Modelo de riesgo y protección. El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrece poco de la realidad humana. La perspectiva ecológica se focaliza en la interrelación y la interdependencia entre los individuos y los sistemas sociales (por ejemplo, familias, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades). Dada la bidireccionalidad de la relación entre la persona y el medio ambiente, los individuos influyen sobre situaciones adversas de la vida, además de ser influidos por ellas

(Bronfenbrenner, 1986; Torrico, Santín, Andrés, Menéndez, y López, 2002). Rutter (1986), afirma que la resiliencia es un proceso final de mecanismos de protección que no es que eliminen el riesgo sino que fortalecen al individuo para hacer frente a las situaciones de riesgo de forma efectiva e incrementar una adaptación positiva.

#### **I.4.12.- Resiliencia y desadaptación**

La evaluación del grado de desadaptación y del proceso de adecuación psicosocial de menores en desventaja social ha sido estudiada por Castillo (2011), y propone el desarrollo de un protocolo de despistaje del grado de desadaptación y potencialidades personales de niños y niñas en acogida residencial o familiar que permita detectar aquellos casos con mayores necesidades de intervenir de forma temprana en su situación de desadaptación, detectar y perfilar las capacidades de los menores que pueden promoverse para una mejor adaptación en su situación de acogida, y desarrollar una herramienta de medida que permita la evaluación del estado puntual de adaptación/desadaptación y la valoración de los cambios tras un proceso de intervención. La infancia, es una etapa evolutiva que supone numerosos cambios y adaptaciones constantes, y pueden darse situaciones de conflictividad familiar y tener problemas de atención, hiperactividad, conductas oposicionistas y agresivas, frustración, trastornos del sueño y así hasta el consumo de tóxicos, que entraña un riesgo de desadaptación para el menor (Chana, 2007). No todos los niños que viven en hogares de protección presentan desadaptación y al ser comparados con la de muestras normativas no existen diferencias (Bravo y Fernández, 2001). A este respecto, cabe destacar como elemento condicionante del proceso el concepto de resiliencia, que se define como la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad (Rutter, 1993). Se estudia el nivel de ajuste del menor a su entorno desde dimensiones psicopatológicas, nivel de adaptación/desadaptación (en los diferentes contextos específicos: personal, social y escolar) y valoración de elementos de Resiliencia. La resiliencia, entendida como recurso para niños, significa la capacidad para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas graves. No se construye en soledad sino en constante interacción con el entorno (Aragón, Aznar, García-Alba, Mariño, 2010). Seligman promueve a lo largo de su presidencia de la APA (1996), una reorientación de

la Psicología hacia el desarrollo de los aspectos positivos de la vivencia humana haciendo un traslado de competencias hacia un Modelo Salugénico. Este proceso de cambio de Modelo se ve facilitado por una concepción de la salud global que no es únicamente ausencia de enfermedad; la OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía” (OMS, 1948, p.1).

Existen diferentes definiciones de la Psicología Positiva que persiguen de manera general los siguientes objetivos (Gancedo, 2008): ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño hacia el fortalecimiento de las potencialidades, investigar el bienestar psíquico y subjetivo, identificar, medir y promover este bienestar entre sujetos, grupos y sociedades y realizar todo lo expuesto anteriormente con rigurosidad científica. Por ello, la definición que parece tener más aceptación es la realizada por Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006), que postula que la Psicología Positiva es el estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo; dando mayor importancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolos con los que son causa de sufrimiento y de dolor. En un nivel de análisis pragmático, se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible lograr una mayor calidad de vida y realización personal. La Psicología Positiva se interesa por el estudio de las emociones positivas, su funcionamiento específico y su relación con otras áreas psicológicas, siendo estas emociones las que están relacionadas con estados emocionales placenteros y son las facilitadoras del desarrollo de habilidades y comportamientos nuevos (Hervás, 2009). La Psicología Positiva tiene que ver con el estudio del bienestar, entendido el mismo como el reflejo de un funcionamiento psicológico óptimo según el modelo de Ryff (1989). La Psicología Positiva también fija su atención en el estudio de las fortalezas humanas, intentando clasificarlas y elaborar un sistema de evaluación de las mismas. Finalmente, se ha llegado a un consenso que propone 24 fortalezas agrupadas en 6 bloques diferentes: sabiduría y conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura de mente, amor al aprendizaje y perspectiva), coraje (autenticidad, valor, persistencia y vitalidad), humanidad (bondad, amor e inteligencia social), justicia (justicia, liderazgo y trabajo en equipo), contención (capacidad de perdonar, modestia, prudencia y autorregulación) y trascendencia (apreciación de la belleza, gratitud, esperanza, humor y religiosidad) (Peterson y Park, 2009). Así pues, dentro del estudio de las fortalezas humanas, uno de

los campos más fructíferos es el que estudia las respuestas de Resiliencia (Bonnano, 2005). De este modo, la Resiliencia hace referencia a la capacidad del ser humano de recomponerse a diferentes niveles. Las personas somos susceptibles de sufrir crisis provocadas por factores de riesgo constituidos por amenazas externas o debilidades propias, pero bien es cierto que determinadas estructuras relacionales familiares, sociales, o formales son capaces de sostener a la persona dañada o también, actuar como protectores ante la posibilidad de incurrir en crisis (Suárez, 2005). La resiliencia surge como un concepto teórico que intenta dar cuenta de las situaciones de desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo (Cardozo y Alderete, 2009), siendo este un proceso dinámico que lleva a la adaptación positiva dentro de un contexto de significativa adversidad (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000), y que así mismo puede ser promovido (Infante, 2003). Existen una serie de estudios de seguimiento de varias décadas que indican que hay niños que habiendo pasado por circunstancias difíciles, extremas o traumáticas, como abandono, maltrato, guerra, hambre, etc., no desarrollan problemas de salud mental, abuso de sustancias o conductas criminales de adultos (Becoña, 2006).

Los autores del estudio señalan que este constructo es multidimensional ya que incluye habilidades de diversa índole que ayudan a los individuos a enfrentar la vida. Vieron también que la hipótesis de partida de que ambos grupos de adolescentes normativos o de un contexto disfuncional con problemas de conducta diferirían no solo en factores de resiliencia, sino también en aspectos asociados a la afectividad, autoestima o funcionalidad familiar. Efectivamente se ha encontrado que el grupo llamado funcional presenta una mejor afectividad y apoyo social y familiar que el grupo disfuncional, y respecto a las características de resiliencia resultan presentan una mayor fortaleza, competencia social y apoyo social, pero respecto a la estructura, es el grupo disfuncional es que mayor puntuación alcanza. Los jóvenes-adolescentes que más dificultades de adaptación presentan resultan ser los que expresan una mayor capacidad para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles, característica esta que ha sido ampliamente evidenciado en estudios previos (Munist et al., 2003). Observaron en el estudio que cuando valoraban su promedio académico se situaban en el promedio o por encima de éste y el grupo de iguales se situaba él mismo por debajo del promedio. Es decir, en una situación donde uno se ve rodeado de adversidad y sus iguales están en la misma

situación, uno se valora en un estatus superior o mejor que el resto, quizá con una intención de proteger su identidad respecto a los demás. Si bien el grupo disfuncional se sitúa en una expresión emocional y de apoyo más adaptativo y adecuado, las puntuaciones reflejadas por ambos grupos tienden a ser altas; se sitúan en valores por encima de 60 puntos sobre 100 y por tanto están por encima de los valores medios de rango. Es decir, unos y otros expresan en promedio una situación emocional que no puede ser considerada como mala o deteriorada.

El estudio de la resiliencia en diferentes grupos y edades con diferentes escalas requiere un desarrollo de las mismas. Hay autores como Palomar y Gómez (2010), que han desarrollado una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). El planteamiento que subyace es el mismo, las personas que viven situaciones muy adversas, pueden sufrir consecuencias muy serias en su desarrollo psicológico. Sin embargo, se ha podido constatar que algunos individuos logran no solo superar la adversidad, sino incluso salir fortalecidos de ella. A estas personas se las llama resilientes. La resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar (Reivich y Shatté, 2002). El objetivo de su trabajo fue desarrollar un instrumento con población mexicana (Escala de Resiliencia Mexicana, RESI-M), tomando como base dos escalas que miden la resiliencia en adultos: The Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg (2001), para lo cual participaron 217 sujetos de 18 a 25 años, de ambos sexos. Los resultados muestran que 43 ítems cargaron en cinco factores: (1) Fortaleza y confianza en sí mismo, (2) Competencia social, (3) Apoyo familiar, (4) Apoyo social y (5) Estructura. Asimismo, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de la resiliencia, de acuerdo con el sexo, la edad y el estado civil, observándose que las mujeres obtienen puntajes más altos en apoyo social, el grupo de más edad tiene un mayor promedio en competencia social y apoyo familiar y finalmente las personas casadas se sienten más fuertes y con más confianza en sí mismas y los solteros perciben un mayor apoyo social en comparación con los casados. Relacionada la resiliencia con otras variables como el sexo según contextos culturales (Fahad y Sandman, 2000). En algunas culturas no es bien visto que los hombres expresen sus problemas o sentimientos porque significa debilidad. Esta restricción social necesariamente limita el

---

tipo de soporte social disponible para los varones. En cuanto al estado civil algunos autores sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas (en comparación con las solteras), las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Fahad y Sandman, 2000). En variables familiares se ha sugerido en la literatura que el soporte social es un mitigador de los efectos negativos del estrés y en este sentido la familia puede ser la fuente más importante de apoyo para promover en los individuos las habilidades y autoestima necesarias para sobreponerse a la adversidad (Seccombe, 2000). Los factores familiares protectores incluyen la cohesión familiar, la calidez familiar y la ausencia de psicopatología parental y de discordia familiar, así como haber contado en la infancia con al menos un adulto que sirvió de apoyo social (Grossman y Tierney, 1998). Entre las variables escolares las personas resilientes tienen más probabilidades de mostrar mejores habilidades académicas y una autopercepción de mayor competencia en la escuela y el trabajo. Existen algunos autores como Rutter, Maugham, Mortimore y Ouston (1979), que consideran que algunas características de las escuelas pueden aumentar la probabilidad de desarrollar competencias sociales y cognitivas. De acuerdo con estos autores no es el tamaño de la escuela, la disponibilidad del espacio, la antigüedad de la escuela o el grado escolar en el que se coloca a los alumnos de acuerdo con sus capacidades. La influencia más importante de la escuela sobre los alumnos está en los aspectos relacionados con la vida escolar, las características del cuerpo docente, la naturaleza de la escuela como organización social y las acciones de los profesores en el salón de clase (estructura, preparación y planificación de las clases, énfasis en exámenes y tareas, un sistema flexible y el uso de incentivos y recompensas).

El objetivo de esa investigación fue desarrollar un instrumento de medición para evaluar la resiliencia en jóvenes, tomando como base dos instrumentos realizados en otros países. Los instrumentos originales, tomados como base, no están adaptados a la población mexicana y además tienen subescalas que evalúan distintas dimensiones de la resiliencia, motivo por el cual ambos fueron aplicados para desarrollar el nuevo instrumento. Otro objetivo era conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre los participantes, de acuerdo con algunas variables sociodemográficas tales como sexo, edad, ocupación, ingreso y estado civil. Los resultados de la presente investigación mostraron que los instrumentos propuestos por

Connor y Davidson (1999) y por Friborg y colaboradores (2001) son útiles para medir la resiliencia en población adulta.

Los hallazgos anteriores le dan soporte a la teoría de que la resiliencia es un fenómeno multidimensional (Cicchetti y Garmezy, 1993; Garmezy, 1993). De acuerdo con los resultados obtenidos, el componente más importante está dado por los recursos personales de los individuos para hacer frente a los eventos estresantes o perturbadores. Estos recursos se traducen en la fortaleza personal que le permite al individuo adaptarse y sobreponerse a las condiciones adversas a las que está expuesto, así como al estrés de la vida cotidiana y le permiten al individuo enfrentar los retos de manera saludable (Moskovitz, 1983). Asimismo se destaca como importante que la resiliencia se relaciona de manera importante con la competencia social o sociabilidad, que es la capacidad de los individuos para desarrollar y establecer relaciones saludables con otros, ya que está ligada con la habilidad para adaptarse a los estresores (Murria, 2003). Algunos autores han observado que tener al menos un mejor amigo, puede incrementar de manera importante la capacidad del niño para ajustarse a las condiciones del entorno, y ser querido está relacionado con menores probabilidades de ser intimidado o victimizado por otros (Garmezy, 1991; Pellegrini, Bartini y Brooks, 1999). En cuanto a los factores familiares y sociales, la literatura ha sugerido que este tipo de soporte es un mitigador de los efectos negativos de estrés y promueve en los individuos las habilidades y la autoestima necesarias para sobreponerse a la adversidad (Seccombe, 2000). En relación con el quinto factor que emergió, Friborg y colaboradores (2001) destacan también que aunque la resiliencia no protege a los individuos de los eventos negativos, los individuos resilientes son sistémicos y organizados, aun cuando afrontan con flexibilidad los problemas. Por otra parte, se observa que las mujeres obtuvieron una media de rangos mayor que los hombres, lo que indica una percepción más favorable en esta dimensión. Autores como Fahad y Sandman (2000) ya habían observado este tipo de resultado, explicando que en general el contexto social y cultural fomenta en las mujeres la expresividad de las emociones, lo que a su vez tiene un impacto en el desarrollo de redes de apoyo social. En este sentido, se ha destacado que las redes de apoyo social que los individuos establecen dentro de su comunidad son una fuente invaluable de apoyo que tiene repercusiones importantísimas en la promoción de la resiliencia y pueden compensar la ausencia de otras fuerzas protectoras y la carencia de relaciones cohesivas y cálidas con los padres y otros familiares (Wolkow y Ferguson,

2001). Masten, Coatsworth, Neemann, Tellegen y Garmezy (1995), señalan que la competencia social se desarrolla desde la infancia y prevalece durante toda la vida. En lo que respecta a los resultados encontrados en relación con el estado civil, puede mencionarse que algunos autores sostienen que las responsabilidades que tienen las personas casadas en comparación con las solteras, las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Fahad y Sandman, 2000), lo cual coincide en este estudio con las diferencias encontradas en el primer factor (fortaleza) entre las personas casadas y las solteras, observándose que las casadas obtuvieron los puntajes más altos. Por el contrario, fueron los solteros quienes afirmaron tener un mayor apoyo social. Esto último podría explicarse por el hecho de que cuando la gente se casa adquiere múltiples responsabilidades y a su vez tiene menos tiempo disponible para pasar tiempo con amigos y con su familia, por lo que su vida social puede verse reducida con los años.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se puede señalar que este constructo es multidimensional ya que incluye habilidades de diversa índole que ayudan a los individuos a enfrentar la vida. La RESI-M contiene cinco dimensiones, (fortaleza y confianza en si mismo, competencias sociales, apoyo familiar, apoyo social y capacidad de organización), en las cuales se agrupan algunas de las características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social. El nivel individual es muy importante ya que está relacionado con conductas tales como fijarse metas, estar motivado, estar comprometido, tener autocontrol, ser responsable, tomar decisiones, afrontar pacífica y objetivamente los problemas, tener un locus de control interno y un sentido de vida, así como ser optimista; ellas son herramientas muy potentes para afrontar situaciones difíciles. Se considera además que el apoyo familiar es el soporte social más importante, ya que es en el seno familiar donde se educa a los hijos y se les brinda seguridad y apoyo tanto material como emocional. Sin embargo, existen otras fuentes de apoyo tales como la escuela, los amigos, los tutores, entre otros, que también responden a las necesidades de los individuos. En el estudio que se informa se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en la Competencia social según el sexo y que son las mujeres las que se perciben más competentes. Además, hay diferencias en esta misma dimensión y en la de Apoyo familiar, según la edad, siendo las personas que tienen de 20 a 25 años, las que se perciben más competentes, con relación a las de menor edad. Asimismo, hubo diferencias de acuerdo



al estado civil, ya que las personas casadas presentan más confianza y fortaleza que las solteras, mientras que estas últimas perciben un mayor apoyo social que las casadas. Finalmente, hay que mencionar que es necesario elaborar programas preventivos y de intervención para promover la resiliencia de los individuos, que permitan desarrollar habilidades y estrategias para afrontar con mayor eficacia las situaciones cotidianas que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida.

En un estudio sobre el riesgo de que la juventud latina en los hogares de bajos ingresos se observa una mayor probabilidad de pobres resultados educativos y de salud que sus pares, de sus compañeros (Shetgiri et al., 2009).

Shetgiri et al. (2009), observaron que los factores de protección, como el apoyo de los padres, mejoran las posibilidades de éxito para los jóvenes. Mediante entrevistas cualitativas semiestructurada exploraron sus definiciones de éxito jóvenes y las barreras y facilitadores de éxito. Los participantes identificaron uno mismo, la familia, y los factores de la comunidad como fuentes potenciales de apoyo. Los padres parecían restar importancia a los recursos de la comunidad, expresando que el éxito se debió principalmente a deseo individual de un niño, reforzado por el apoyo familiar. Estos resultados plantean la posibilidad de que en esta comunidad, las creencias de los latinos de bajos ingresos de los padres sobre los recursos comunitarios pueden actuar como una barrera para la búsqueda de ayuda fuera de la familia. Programas de promoción de la resiliencia en esta población pueden beneficiarse de involucrar a los padres y miembros de la comunidad, además de los jóvenes.

Se realizan estudios para ver si son adecuados para adolescentes los instrumentos de medición de resistencia como el realizado por Sole, Byers y Ahern, (2006) en la Universidad de Florida. Los objetivos del estudio fueron evaluar las propiedades psicométricas y la idoneidad de los instrumentos para el estudio de la resiliencia en los adolescentes. Dos de los seis instrumentos (Baruth protectora Factores de Inventario [BPFI] y la Escala de Afrontamiento Breve resiliente) carecían de pruebas de que eran apropiadas para la administración con la población adolescente, debido a la falta de aplicaciones de investigación. Tres instrumentos (Adolescente Resiliencia Escala [ARS], Connor-Davidson Resiliencia Escala y Escala de Resiliencia para adultos) tenían credibilidad aceptable, pero necesitan más estudios en adolescentes. Un instrumento (Escala de Resiliencia [RS]) se determinó que era el mejor instrumento para estudiar la capacidad de recuperación en la población adolescente debido a las

propiedades psicométricas del instrumento y las aplicaciones en una variedad de grupos de edad, incluyendo la adolescencia. Los resultados de esta revisión indican que los RS es el instrumento más adecuado para estudiar la capacidad de recuperación en la población adolescente. Mientras que otros instrumentos tienen potenciales (por ejemplo, ARS, BPFI) ya que fueron probados en el adolescente y las poblaciones de adultos jóvenes, carecen de pruebas para su uso en este momento.

#### **I.4.13.- Resiliencia y *Mindfulness*.**

Una investigación de Keye y Pidgeon (2013), estudia la relación entre resiliencia, *Mindfulness* y Autoeficacia académica. El propósito principal de esta investigación fue explorar el papel de la atención plena y la autoeficacia académica en la predicción de la resistencia entre los estudiantes universitarios. Los resultados encontraron que la atención y la autoeficacia académica fueron predictores significativos de la resiliencia. Este hallazgo sugiere que la atención plena y la autoeficacia académica tienen un impacto significativo en la capacidad de recuperación. Los resultados positivos asociados a la resiliencia son la mitigación de los efectos negativos del estrés, la promoción de la adaptación y el desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas para lidiar con el cambio y la adversidad (Ahern, Kiehl, Sole, y Byers, 2006). La atención plena es una habilidad, que realza el afrontamiento adaptativo a eventos estresantes por la autorregulación de la atención hacia la experiencia inmediata (Bishop et al., 2004). Una teoría de la atención plena propuesto por Bishop et al. (2004), postula que la atención plena opera por individuos que aprenden a abandonar sus esfuerzos para controlar la fuerza de sus pensamientos negativos y reconocer que los pensamientos y las emociones están presentes, lo que conduce a respuestas más flexibles y objetivos en lugar de reacciones. Se postula que la resiliencia se puede enseñar a través de las intervenciones psicológicas, basada en la atención plena.

#### **I.5.-INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN RESILIENCIA PARA LA POBLACIÓN ADULTA:**

A la par del desarrollo teórico de la resiliencia se han venido diseñando y validando instrumentos psicométricos para población adulta. Las pruebas psicométricas que han tenido consistencia y fiabilidad y que se han utilizado en investigaciones con

población adulta, tanto en personas con o sin patologías orgánicas, han sido las siguientes según Ahern, Kiehl, Sole y Byers (2006):

### **1.5.1.- The Connor-Davidson Resilience Scale. Connor-Davidson (CD-RISC):**

Escala de resiliencia de Connor-Davidson: Instrumento de 25 ítems realizado por Connor y Davidson en 1999, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert referidos a la percepción del sujeto respecto a su último mes. Los resultados obtenidos pueden oscilar dentro de un rango que abarca de 0 a 100 puntos, de modo que mayores puntuaciones serán indicativas de mayores niveles de resiliencia. En formato tipo Likert en una escala de 0 (Nada de acuerdo) a 4 (Totalmente de acuerdo). La puntuación máxima es de 100 puntos. Su contenido hace referencia a una única dimensión que aborda los conceptos de lugar de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad (Connor y Davidson, 2003). La CD-RISC (The Connor-Davidson Resilience Scale) comprende 5 factores considerados como componentes sustanciales de la resiliencia y que se agrupan en cinco dimensiones:

- ✓ Competencia personal y tenacidad: Es la convicción de que se está lo suficientemente preparado para poder enfrentar cualquier situación que se presente aunque sea imprevista. Aunque no se conozcan todas las respuestas, uno puede buscarlas y encontrarlas.
- ✓ Confianza en sí mismo, tolerancia a las situaciones negativas y el fortalecimiento de los efectos del estrés: Se refiere al conjunto de expectativas positivas sobre uno mismo o más específicamente sobre las acciones de uno mismo, como así también a la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos a pesar del estrés que estos traen consigo.
- ✓ Relaciones seguras y aceptación del cambio: Se refiere a la posibilidad de establecer relaciones interpersonales con personas que brindan apoyo, confianza y permiten el desarrollo personal. La aceptación al cambio se refiere a la posibilidad de las personas de ser flexibles para adaptarse a situaciones nuevas.
- ✓ Control: Es la capacidad de las personas para promover su bienestar, conduciéndose y actuando conforme a lo que quieren o han decidido hacer con su vida.
- ✓ Influencia espiritual: Se refiere a la influencia positiva que la vida espiritual puede tener en las personas.

Los datos obtenidos hasta la fecha hacen de la CD-RISC la medida disponible más adecuada para la evaluación de la resiliencia, si bien en la actualidad son muy pocos los instrumentos desarrollados bajo este propósito. Nace del interés en la resistencia y experiencia en el tratamiento de hombres y mujeres con trastorno de estrés postraumático (TEPT), y necesidad de valorar su capacidad de recuperación. Escalas abordan la resiliencia pero este autor la incorpora en la práctica clínica, reduciendo síntomas de la enfermedad y manejando el estrés. En 2003 desarrollaron una escala de

25 ítems (Connor KM, Davidson JRT *Depresión y Ansiedad* de 2003; 18: 71-82). Además de la completa 25 ítems CD-RISC (o CD-RISC 25), hay dos versiones más breves, el elemento 10 (CD-RISC 10) (Campbell-Sills y Stein, 2007) y dos puntos (CD-RISC 2) (Vaishnavi, Connor y Davidson, 2007). Los 2, 10 y 25 ítems versiones son los únicos que han recibido una adecuada validación y son los únicos autorizados para su uso. La escala se ha traducido a muchos idiomas diferentes y estudiado en una variedad de poblaciones, incluidas las grandes muestras de la comunidad, a los supervivientes de diversos traumas, los cuidadores, los adolescentes, los ancianos, los enfermos de Alzheimer en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático, los miembros de los diferentes grupos étnicos y culturas, y seleccionados los grupos profesionales o deportivos (por ejemplo, los estudiantes universitarios, enfermeras, trabajadores sociales, médicos, personal sanitario militar, estudiantes de medicina, misioneros). El CD-RISC se ha incluido en los estudios de neuroimagen funcional, los estudios que utilizaron el genotipado y los estudios que evaluaron los resultados del tratamiento. Propiedades psicométricas de la RISC se sostienen en casi todos los estudios, aunque su estructura factorial y la media de la puntuación varía según configuración. La escala 10-Items CD-RISC10: evalúa el nivel de resiliencia. Consta de 10 ítems, a los que los participantes deben contestar según una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca; 4 = siempre) y que tiene una única dimensión. El rango de la escala va de 0 a 40 y las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de resiliencia. La fiabilidad del instrumento original fue de 0,85, valor muy similar al obtenido por la versión adaptada y validada al castellano.

La escala fue desarrollada originalmente en diferentes cohortes de adultos, pero ha habido muchos estudios en los que se administró la escala para los niños y adolescentes entre las edades de 10 a 18 años. También ha habido varios estudios en los que la escala sirve como una medida válida de la capacidad de recuperación en los grupos de mayor edad, por ejemplo, por encima de los 65 años. La escala 25 se puede completar en unos 5-10 minutos a menos que haya factores de complicación. Las escalas de 10 y 2 se puede completar en entre 1 y 5 minutos. Si se encuentran dificultades en la realización de la escala (por ejemplo, problemas de lectura, falta de concentración, etc), puede ser útil para obtener la asistencia de un miembro del personal que puede explicar las opciones o leerlos despacio. Los usos de una escala de resiliencia, como el CD-RISC ha sido desarrollada y probada como una medida del grado de resiliencia, como un

predicador de los resultados del tratamiento con medicamentos o psicoterapia, manejo del estrés y el fomento de la capacidad de recuperación; como marcador de la evolución durante el tratamiento; como un marcador de los cambios biológicos (es decir, físicos) en el cerebro. La escala también tiene promesa como un método para examinar a las personas para alta, intermedia o baja resiliencia.

### **I.5.2.- Resilience Scale (RS):**

Esta escala mide el grado de resiliencia individual, considerándola como una característica personal positiva que aumenta la adaptabilidad individual. (Wagnild y Young, 1993; Wagnild, 2009). La Resilience Scale (RS) (Wagnild y Young, 1993) Wangild fue construida con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Fue desarrollada basándose en un trabajo cualitativo con 810 mujeres que experimentaron un gran acontecimiento en su vida. Esta escala contiene 25 ítems que reflejan las cinco características de la resiliencia: autoconfianza, propósito en la vida, ecuanimidad o la aceptación de los acontecimientos, perseverancia ante la adversidad o persistencia, y soledad existencial o constatación de que cada persona es única y algunas experiencias deben ser enfrentadas por uno mismo. Estas características están enmarcadas en dos factores (Wagnild, 2009), por un lado el factor 1 denominado Competencia personal que indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia; y por otro lado el factor 2 denominado Aceptación de uno mismo y de la vida, que representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva estable.

La versión en idioma español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003). Compuesta por 25 ítems, en formato tipo Likert que va de 1 a 7 (siendo 1 “Estoy en desacuerdo”, hasta 7 “Estoy en acuerdo”) y se divide en dos dimensiones: 1. Competencia personal y 2. Aceptación de sí mismo y de la vida. Comprende además una escala total. Estas dos dimensiones toman en consideración las siguientes características de resiliencia: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo. El rango de respuesta oscila entre 25 a 175 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. Según Wagnild (2009) después de repetidas aplicaciones de la escala de resiliencia con una variedad de muestras, las puntuaciones superiores a 145 indican una resiliencia moderadamente alta a alta,

puntuaciones entre 125 a 145 indican niveles de resiliencia moderadamente bajos a moderados, y las puntuaciones de 120 o menores indican poca capacidad de resiliencia. Con respecto a los niveles de consistencia interna en 12 estudios que utilizaron este instrumento se encontró que los niveles de la escala total de RS oscilaba entre .72 a .94.

### **I.5.3.- The Resilience Scale for Adults (RSA):**

Elaborado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen en el año 2001. Este instrumento contiene 43 ítems, cinco opciones de respuesta de tipo Likert y cuenta con cinco dimensiones:

- ✓ Competencia personal: Sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en la vida de cualquier persona.
- ✓ Competencia social: Capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tomado en cuenta), es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos.
- ✓ Coherencia familiar: Se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y la fortaleza de los lazos familiares.
- ✓ Apoyo social: Está referido a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.
- ✓ Estructura personal: Se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida. a) competencia personal, b) confianza en la propia intuición y tolerancia a la adversidad, c) aceptación positiva del cambio, d) control, y e) espiritualidad. Cuenta con una elevada consistencia interna ( $\alpha = 0,89$ ) y validez convergente, y una alta fiabilidad test-retest (de 0,87).

### **I.5.4.- Resilience Scale for Adult (RSA):**

Esta escala contiene 33 ítems, con un sistema de respuesta de tipo diferencial semántico de siete puntos. Sus seis factores hacen referencia a: 1. Competencia personal que contiene a su vez dos sub-factores (percepción positiva de sí mismo y percepción positiva del futuro). 2. Competencia social. 3. Estructura personal. 4. Cohesión familiar. 5. Recursos sociales. El rango oscila entre 33 a 231 puntos. La escala RSA puede ser utilizada como una medida válida y confiable para evaluar la presencia de factores de protección, importantes para recuperar y mantener la salud mental, en el área de la Salud y la Psicología Clínica (Friborg et al., 2006).

### **I.5.5.- Brief Resilient Coping Scale (BRCS):**

Contiene una sola dimensión con cuatro preguntas, en formato tipo Likert en una escala de 0 (No me describe para nada) a 5 (Me describe muy bien). La puntuación máxima es de 20 puntos, siendo mayor puntuación una mayor resiliencia. Esta escala concibe la resiliencia como tenacidad, optimismo, creatividad, perspectiva agresiva para la solución de los problemas y compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas (Limonero, 2010).

### **I.5.6.- Escala de Resiliencia Breve (The Brief Resilience Scale -BRS-):**

Más reciente es esta escala que comprende seis preguntas en formato tipo Likert, en una escala que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. Esta escala mide la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan el estrés asociado a la enfermedad (Smith et al., 2008).

### **I.5.7.- Escala de Resiliencia (Jew, Green y Kroger, 1999):**

Otra escala de las estudiadas es la *Escala de Resiliencia* que fue construida por Jew, Green, y Kroger (1999), para determinar el nivel de un individuo en tres facetas de la resistencia: optimismo, adquisición de la habilidad y riesgo tomado. Bennet, Green y Kluever (1998) llevaron a cabo un análisis factorial de esta escala. Este análisis mostró 3 factores, los que Jew, Green y Kroger (1999) había definido como facetas, los cuales según los autores eran diferentes para las mujeres con respecto a los varones que respondieron.

### **I.5.8.- Escala de Resiliencia Adolescente (Oshio, Nakaya, Kaneko y Nagamine, 2002):**

Esta escala fue desarrollada y validada por estos autores con una muestra de 207 estudiantes. Un análisis factorial de la escala reveló 3 factores significativos: búsqueda de novedad, regulación emocional y orientación futura positiva. Al contrastar esta escala con una escala de autoestima, Oshio et al., (2002) señalan que se obtuvo una correlación significativa y positiva entre ellas, además un análisis de varianza reveló

que las personas con autoestima alta obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de resiliencia que personas con autoestima baja cuando han tenido muchas experiencias de estrés. Además, los resultados de este análisis mostraron una alta validez de constructo.

#### **I.5.9.- Dispositional Resilience Scale (DRS):**

Fue desarrollada por Bartone (1989), con un total de 45 ítems. Funk (1992), concluye que tanto de un modo conceptual como psicométrico, la DRS proporciona una de las medidas de resiliencia más sólida disponible. El apoyo a esta estructura teórica fue descrito por Sinclair y Tetrick (2000), que utilizando la DRS, confirmaron una estructura de tres factores, compromiso, control y reto, anidada en un constructo más general, la resiliencia. Los esfuerzos para crear una escala breve de resiliencia fueron impulsados por la necesidad de realizar las encuestas de una forma más fácil y rápida. Posteriormente la escala fue reducida a 30 y 15 ítems (Bartone, 2007) quien confirmó nuevamente los tres factores antes mencionados con una buena consistencia interna y buena validez.

#### **I.6.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNICACIÓN**

De acuerdo también con el Dr. Benítez del Rosario (2002), en que la información tiene carácter de educación para la salud como herramienta sanitaria de comunicación.

Las habilidades de comunicación con el paciente, familiares y miembro del equipo se utilizan desde el diagnóstico hasta después del fallecimiento del paciente, por parte de todo el equipo, y hay que dejar expresar las emociones incluso de los profesionales del equipo (Bimbela, 2001).

Mediante las técnicas del Counselling se trabajan las habilidades comunicativas y fomentan el entrenamiento en comunicación asertiva haciendo que las personas muestren lo que piensan, sientan o necesitan. El autor Arranz (2003), lo define como un arte que te hace reflexionar mediante preguntas para la toma de decisiones así como una herramienta básica del psicólogo hospitalario.

Bayés (1992), propone una serie de características que debería poseer el profesional sanitario en Cuidados Paliativos en su relación con el paciente: Mostrar empatía con el paciente. Dar tiempo al paciente para adaptarse a las diferentes situaciones de la enfermedad. Proporcionar mensajes cortos y con esperanza en un



lenguaje claro y sencillo. Que no mientan. Que estén disponibles para el paciente. Proporcionar información congruente con el resto de profesionales que atienden al paciente y a su familia. Facilitar condiciones de expresión de sentimientos. Aguantar los silencios. Preguntar por las necesidades del paciente. Explorar los temores, preocupaciones y recursos del paciente y la familia. Saber escuchar con atención al paciente. Evitar la sobreprotección al paciente y facilitarle el control. Que prioricen con el paciente objetivos, vean con él alternativas y posibles soluciones. Que manejen un cuidado lenguaje no verbal (mirada, expresión facial, vestido, postura del cuerpo...) Toda esta terapéutica con el paciente le permite cierto control sobre su enfermedad, problema, posibles soluciones, implicarse en el tratamiento, tomar sus propias decisiones, le harán sentirse seguro y respetado en este proceso de informar y educar, cuyo objeto sirve para mejorar siempre su calidad de vida, otorgándole poder y generando esperanza.

La Educación para la salud es el mejor instrumento sanitario en el ámbito de la prevención, para que los individuos en cualquier situación de la vida adquieran hábitos adecuados respecto al mantenimiento de su salud y prevenir los problemas derivados de la enfermedad.

En el caso de enfermedad terminal su aplicabilidad es integral, va a ser un proceso planificado de comunicación paciente, familia y equipo interprofesional, y de enseñanza orientado a facilitar la adquisición de estrategias saludables hasta el final de la vida del paciente y acompañar a la familia en todas sus necesidades para prevenir problemas de salud evitando así factores de riesgo, relativos a duelo patológico, depresión reactiva, aislamiento...

Tiene un aspecto preventivo, de detección precoz de la enfermedad y de convivencia con la enfermedad. Llevar a cabo educación sanitaria requiere de la comunicación. La comunicación en el ámbito sanitario es la base de la relación terapéutica. Por medio de la comunicación se puede ayudar a afrontar la experiencia de la enfermedad, una tecnificación o protocolización de la medicina, la falta de tiempo, no debe impedir la humanización de la misma y la información y comunicación son la base de la relación terapéutica.

Aspectos derivados de la enfermedad pueden prevenirse aplicando una educación sanitaria, con técnicas de información y comunicación, que le animen a colaborar, a prevenir y a estar informados (Salleras, 1990).

En Atención Primaria de Salud la educación sanitaria individual supone un intercambio de solicitud de asesoramiento y proporcionar apoyo, comprensión y confianza en la capacidad del sujeto para solucionar el problema de salud. Se requiere por tanto capacidad de comunicación y establecer una buena relación en la que el sanitario sabe escuchar, desarrolla empatía, informando y animando a la propia decisión del sujeto a favor de un estado de salud positivo previniendo enfermedades, y si el sujeto ya está enfermo deberá conocer su enfermedad y educarse en ella. En el ámbito sanitario por tanto la relación médico-paciente es importante para abordar una adecuada evolución de la enfermedad y promulgar cambio de conductas y el intercambio de ideas, o también en la promoción de conductas positivas.

Tanto dirigido a personas sanas como enfermas se intentan cambiar efectos causantes, detección temprana de la enfermedad y participación activa del paciente, responsable de su salud y participe en el tratamiento de su enfermedad adquiriendo conocimientos, recursos y habilidades (Rochon, 1992).

El profesional sanitario por tanto debe estar capacitado en habilidades de comunicación. Planteamos la preparación del profesional en estos temas como conclusiones en otros estudios.

## **I.7.- LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU COMUNICACIÓN**

Si se establece una adecuada relación médico-paciente será la base para la información en cada fase de la enfermedad (González Barón, 1996). Aún así y teniendo profesionales técnicamente preparados ofrecer información o comunicar malas noticias es angustioso para ellos y se sabe que la comunicación e información se establece desde el primer momento de contacto y es la base terapéutica para tomar decisiones y fortalecer la relación médico-paciente permitiendo al paciente el control de su enfermedad. La comunicación es a lo largo de todo el proceso, es una necesidad básica humana y mucho más al final de la vida, en esta etapa que el médico acompaña al paciente debe ser una comunicación dentro de una relación de ayuda y acompañamiento donde el alivio del sufrimiento es el primer objetivo, ya no será curar pero sí cuidar. La comunicación me permite transmitir información, sentimientos, ideas, preocupaciones, y en estos casos se trata de humanizar la asistencia (Sanz, 1992), compartir mensajes, transmitir seguridad y esperanza, reforzar la relación terapéutica y clarificar dudas .La

tarea de la comunicación incluye: dar malas noticias, responder a preguntas comprometidas, comunicarse con la familia y con el equipo de trabajo.

Saber escuchar, fijarse en la comunicación no verbal, empatizar, saber cuando el paciente quiere saber más es importante para que tenga control y se adapte a la enfermedad y resuelva sus asuntos sabiendo que el médico le acompaña. Mediante la comunicación expresamos emociones y liberamos sentimientos. La enfermedad afecta a lo físico pero también a lo emocional y ambos aspectos hay que tratarlos. Una forma inherente de tratarlos es la comunicación, una relación de comunicación adecuada con empatía, escucha activa y habilidades sociales para manejar esos sentimientos invita a resolver aspectos emocionales, generando esperanza en el sujeto y ventilando las emociones negativas que producen estrés mantenido y proporciona el apoyo emocional que permite la adaptación a la enfermedad.

El Counselling (es una intervención de tipo socrático que trabaja los estados emocionales y que el equipo de trabajo debe conocer) supone un modelo de comunicación en el que mediante las estrategias de comunicación asertiva y apoyo emocional reconduce la preocupación y los recursos para disminuir el sufrimiento, identificando emociones, ayudando a expresarlas y canalizarlas mediante la escucha, la validación de lo que dice y sintiéndose atendido. Se facilita intervención psicosocial, la comunicación realizando preguntas, concretando sus miedos, resiliencia.

### **I.7.1.- La comunicación como instrumento terapéutico**

La comunicación se considera herramienta clave para atender a pacientes y a sus familias. Escuchar y comprender al paciente, y respetar sus valores hacen que el paciente se implique cada vez más en su tratamiento. Estar atentos en la comunicación verbal y no verbal ayuda a comprender al paciente y descubrir sus necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales. Comunicar es una habilidad que puede aprenderse.

Es imposible no comunicar: axioma de la comunicación humana.

La comunicación es una necesidad humana básica que permite averiguar las necesidades del paciente. La comunicación, ya lo hemos dicho, es la transmisión de un mensaje desde un emisor a un receptor mediante un canal de comunicación y siempre en un determinado contexto. Sin embargo, la comunicación para que sea efectiva ha de ser también bidireccional, de modo que haya una interacción, ambas personas reciben y

transmiten información: es esencial que el emisor esté seguro de que el mensaje le llega al receptor. En el canal de comunicación se distinguen dos bloques, la comunicación verbal y la no verbal (paralenguaje, expresiones faciales, mirada, postura corporal, distancia, etc.)

En la práctica asistencial es importante la comunicación, de ella depende incluso el grado de satisfacción del paciente en cuanto al grado de comprensión de la enfermedad que influirá en la adherencia al tratamiento.

El profesional mediante la comunicación trata de descubrir el problema para posteriormente resolverlo, la técnica de la escucha activa permite, por tanto, conocer al paciente, sus expectativas y preocupaciones. La falta de adherencia al tratamiento viene dada muchas veces por la falta de intercambio de información médico-paciente, falta de comprensión del diagnóstico y el tratamiento.

Sabemos que una buena comunicación mejora la satisfacción, la calidad asistencial, adherencia al tratamiento y una comunicación deficiente implica abandonos de tratamiento, sentimientos de abandono y percepción de mala calidad asistencial (Hernández, Fernández, Irigoyen y Hernández, H., 2006).

### **I.7.2.- Psicología y comunicación**

El psicólogo integrante en el equipo interdisciplinar en Oncología es el experto sanitario que puede y debe intervenir de forma preventiva, para asegurar el acompañamiento y el bienestar del paciente, en el diagnóstico, tratamiento facilitando estrategias de adaptación a la enfermedad, y actuando en la mejora de competencias y habilidades comunicativas con el paciente.

El psicólogo basa su actuación en la comunicación. Tratamos de quedar reflejado en el trabajo en todas sus partes cómo la comunicación es la parte activa de la Psicología y sus intervenciones, y cómo el psicólogo puede actuar en el ámbito sanitario mediante la comunicación y técnicas propias de su disciplina, entre ellas las técnicas de comunicación.

En este ámbito de actuación primará el saber o conocimiento de la comunicación, el saber hacer o técnicas de comunicación y el saber valorar (actitud positiva hacia la comunicación).

El psicólogo interviene en los miembros del equipo, en la familia, en el paciente y en la comunidad. Interesa la asistencia clínica psicológica al paciente y familia para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento, revisiones, cuidados paliativos y duelo.

Interesa la formación en habilidades de comunicación y manejo de situaciones en crisis, la prevención o programas de Educación para la salud, el aprendizaje de hábitos saludables, detección precoz e investigación de aspectos comportamentales y sociales referidos al cáncer. Se puede actuar por tanto en la adaptación a la enfermedad, intervención en claudicación familiar, conspiración de silencio, adherencia al tratamiento, dar malas noticias, duelo....: Cuidados Paliativos

### **I.7.3.- Intervención psicológica**

Mediante el enfoque cognitivo-conductual trabajamos la expresión de emociones positivas y negativas, reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos negativos y ajustarse a la realidad, autoinstrucciones o mensajes para facilitar el enfrentamiento de situaciones difíciles, resolución de problemas con técnicas de definición del problema, búsqueda de alternativas, evaluar pros y contras, elegir opción, planificarla, evaluar la decisión según los resultados alcanzados. Detención del pensamiento para limitar los pensamientos ineficaces. Técnicas de refuerzo de conductas adaptativas y adquisición de habilidades. Técnicas de autocontrol para programar actividades agradables y actividades de la vida diaria. Entrenar en habilidades sociales y asertividad para alcanzar el apoyo social efectivo. Técnicas de relajación para manejar la ansiedad y el insomnio. Técnicas de visualización de imágenes temidas para afrontarlas. Biblioterapia. Exposición a estímulos evitados hasta que disminuya la ansiedad. Evaluación de las conductas problemáticas para determinar su tratamiento psicológico o psiquiátrico. Propiciar expresión de sentimientos, empatizar, escuchar, valorar la comunicación no verbal, compartir recuerdos, mostrar disponibilidad, técnicas de *counselling* o asesoramiento: informar sobre el proceso de duelo, entender las reacciones emocionales, reflexionar para dar nuevos significados hacia la toma de decisiones, ayudar a descubrir estrategias adaptativas propias y buscar apoyos familiares. Potenciar la aceptación de la realidad. Ayudar a la reconstrucción de la situación reforzando las conductas adaptativas y reduciendo las desadaptativas, reducir los pensamientos negativos y reestructurar los pensamientos distorsionados.

**- Métodos de intervención psicológicos**

- ✓ Programas psicoeducativos.
- ✓ Entrenamiento en counselling.
- ✓ Relajación progresiva y autógena y técnicas de visualización.
- ✓ Hipnosis.
- ✓ Control de ansiedad: desensibilización sistemática y técnicas de exposición.
- ✓ Técnicas de autocontrol y refuerzo operante.
- ✓ Planificación de actividades y administración del tiempo.
- ✓ Solución de problemas y toma de decisiones.
- ✓ Terapia cognitivo-conductual: reestructuración cognitiva, entrenamiento auto-instruccional, identificación y expresión emocional e inoculación al estrés.
- ✓ Psicoterapia interpersonal.
- ✓ Terapia de pareja.
- ✓ Terapia grupal.
- ✓ Entrenamiento en habilidades educativas de entrenamiento personal.

**Intervención específica en:**

Control de síntomas de dolor, preparación psicológica para la cirugía, efectos de la quimioterapia, intervención psicológica en el trasplante de médula ósea e intervención psicológica en radioterapia. Intervención para mejorar problemas de imagen corporal. Intervención en crisis. Intervención en riesgo de suicidio. Atención psicológica en cuidados paliativos. Intervención en el duelo.

**.- Funciones del Psicólogo en Oncología:**

Según el Dr. Cruzado (1996) las funciones del Psicólogo en Oncología son:

- 1. Prevención: Promoción de estilos de vida saludable. Educación para la salud.
- 2. Evaluación clínica:
  - ✓ Evaluación: exploración inicial de capacidades cognitivas (atención, memoria, lenguaje, atención, pensamiento, orientación) y psicopatológicos. Adaptación a la enfermedad. Comprender la información. Participar en decisiones. Confianza en el equipo. Adherencia al tratamiento. Afrontamiento del diagnóstico. Estado emocional: ansiedad, depresión, autoestima, culpa. Calidad de vida. Apoyo familiar y social.
  - ✓ Informe psicológico.
  - ✓ Diagnóstico según criterios DSM-IV y CIE-10.
  - ✓ Derivación.
- 3. Tratamiento psicológico:
  - ✓ Psicoeducación, consejo psicológico, orientación sobre estrategias para superar problemas de información y necesidades de comunicación y emocionales.
  - ✓ Control de estados de ánimo negativos: ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, aislamiento y negación. Identificación de emociones negativas y su expresión. Estrategias para afrontarlas.
  - ✓ Tratamiento de trastornos asociados al cambio en la imagen corporal.
  - ✓ Solución de problemas y planificación de actividades.
  - ✓ Intervención familiar: Psicoeducación e información sobre el estado sanitario y psicológico del paciente. Estrategias de ayuda y comunicación con el paciente.

Afrontamiento de estados emocionales negativos. Resolución de problemas de la vida diaria.

- ✓ Afrontamiento de los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea y hormonales) y de sus efectos colaterales: miedo, fatiga, náuseas, vómitos, anorexia, dolor y otros.
- ✓ Problemas sexuales.

- 4. Con el personal sanitario:

- ✓ Habilidades de comunicación con el enfermo y familia. Afrontamiento del estrés. Ayuda al manejo de sus propias emociones ante los pacientes y familiares.
- ✓ Habilidades de comunicación en el equipo. Evaluación y prevención del burnout.

- 5. Investigación:

Necesidades psicológicas y sociales de los pacientes y familiares. Factores psicológicos y sociales asociados al cáncer. Valoración de calidad de la evaluación y tratamientos aplicados. En todas las intervenciones se plasma la comunicación

---

## **II.- MARCO EMPÍRICO**

---





## **II.- MARCO EMPÍRICO:**

### *Introducción*

La comunicación y la resiliencia son conceptos presentes en la vida normal de las personas. Cuando una enfermedad irrumpe en la vida de las personas se inicia un proceso cuya duración dependerá si la enfermedad es aguda, crónica o enfermedad oncológica, prestando atención a la enfermedad oncológica como grupo propio ya que el cáncer es una de las patologías médicas que más incertidumbre produce en los pacientes que la padecen, dado el impacto social y personal que le rodea. Tenemos en cuenta que los avances en el tratamiento y la detección precoz influyen en la supervivencia de estos pacientes oncológicos, y estimamos que, si un objetivo principal sería convertir el cáncer en enfermedad crónica, el paciente debe aprender a convivir con esta enfermedad para adaptarse a ella y conseguir una aceptable calidad de vida. Si todo sujeto sano tiene unas necesidades psicosociales, cuando la enfermedad oncológica irrumpe en su vida estas necesidades psicosociales pueden verse alteradas a lo largo del proceso de la enfermedad. Se trataría por tanto de estudiar estas necesidades que, sin duda, pueden influir en la adaptación a la enfermedad, y entre ellas estudiar la necesidad de comunicación y de información que ayudaría al paciente a mejorar su calidad de vida. A su vez la resiliencia se estudiaría en ambos grupos de enfermedad porque es la capacidad para superar la adversidad, en este caso el proceso patológico tanto agudo como crónico como oncológico. Estudiaremos la relación entre comunicación y resiliencia en la relación terapéutica médico-paciente. El estudio de la comunicación y por tanto el estudio de las necesidades de comunicación en los pacientes ayuda a mejorar esta comunicación como instrumento terapéutico para mejorar la calidad de vida. Un acontecimiento traumático es siempre negativo pero lo que suceda a partir de ello depende de cada persona. La persona puede elegir su opción, que bien puede convertir su experiencia negativa en triunfo o derrumbarse. El estudio de la resiliencia nos orienta sobre este proceso en el afrontamiento de la enfermedad. La resiliencia es la capacidad de recuperación ante las adversidades e incluso aprender y salir fortalecidos de ellas. El interés por la resiliencia es especialmente relevante en los últimos años y actualmente su uso en la psicología científica y divulgativa está muy extendido. La resiliencia se define como la adaptación positiva a la adversidad. Las necesidades de

comunicación y la resiliencia en la relación terapéutica médico-paciente representan la justificación de la realización de este trabajo. Este trabajo se fundamenta en investigar la resiliencia y la comunicación en pacientes con enfermedad aguda, crónica y oncológica.

## **II.1.- METODOLOGÍA**

Hemos consultado el directorio de recursos de búsqueda bibliográfica en Google Académico, consultadas las bases de datos desde la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) que accedemos a fuentes de información y estudios en Lilacs, Ibecs (Índice bibliográfico español en ciencias de la salud), Scielo (Scientific Electronic Library Online), LisEspaña, Cinahl, Dialnet, Dialnet plus, embase (excerpta médica database), Ime (Índice médico español), y Medline (Pubmed) y utilizando los DeCs que son los descriptores en Ciencias de la Salud.. Consultadas fuentes de Información secundarias en el Portal de Salud de Castilla y León, Biblioteca Cochrane Library plus, Fisterra (Atención Primaria en las redes) y Uptodate. También las bases de datos de PsychINFO y PsychARTICLES. Tras la revisión teórica del tema de comunicación, enfermedad y resiliencia consultando diferentes recursos, se ha realizado el estudio con pacientes de la provincia de Zamora. Nuestro planteamiento se encuentra referido por un objetivo general, centrado en conocer las necesidades de comunicación y la resiliencia de los pacientes oncológicos, crónicos y agudos en la relación terapéutica médico-paciente y diversos objetivos específicos que se resumen en conocer el funcionamiento de la comunicación y la resiliencia en los pacientes con enfermedad aguda, crónica y oncológica: conocer las necesidades de comunicación e información en el paciente; conocer la resiliencia y su relación con la comunicación; determinar la resiliencia y la comunicación en pacientes con cáncer; agudos y crónicos, analizar las diferencias en cada grupo; describir las variables de comunicación que son objeto de estudio en la información y comunicación respecto la frecuencia y la importancia; diferenciar las situaciones de comunicación dirigidas a curar o a cuidar; describir la resiliencia y cada factor de la escala utilizada; comparar con otros grupos de enfermedades no oncológicas como son las enfermedades agudas y crónicas; conocer los objetivos de la comunicación diferenciados por factores socioculturales como la edad, el nivel educativo y el género, y los factores biomédicos según la fase de la enfermedad o del proceso; analizar si existen diferencias entre otros grupos de enfermedades crónicas y agudas, y finalmente, determinar la asociación entre comunicación y la resiliencia.

## II.1.2.- Diseño de investigación.

Para ello, se diseñó un estudio descriptivo tipo clínico. La presente investigación responde a una investigación cuantitativa, cuasi experimental, analítica de corte transversal apoyada en una investigación de campo de carácter descriptivo.

La investigación es, por tanto, de tipo descriptivo y transversal, exploratoria, debido a que el objetivo de esta consiste en examinar un tema poco estudiado, como determinar los niveles de resiliencia en los pacientes agudos, crónicos y oncológicos en el Hospital Virgen de la Concha y en Asociaciones de enfermedades crónicas de Zamora y realizar un perfil del mismo, sus necesidades de comunicación y su importancia en la relación médico-paciente.

### II.1.2.1.- Planteamiento de hipótesis

Nuestro planteamiento hipotético se fundamenta en dos descriptores fundamentales de esta investigación: la comunicación y la capacidad/habilidad de afrontamiento a la enfermedad padecida.

Para ello analizamos, tanto desde el punto de vista de la comunicación médico-paciente, como de la capacidad/habilidad del enfermo de afrontar su padecimiento, las principales variables que intervienen en este estudio: Tipo de enfermedad, Nivel educativo, Diferenciación de género, Estado civil, Edad del paciente, Tipo de diagnóstico, Tiempo de recepción del diagnóstico, Tipo de tratamiento recibido, Procedencia rural/urbana y su Situación laboral anterior a la enfermedad.

#### A.- Sobre la comunicación médico-paciente

**Hipótesis A-1:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿puede depender del *tipo de enfermedad* que padece? Creemos que sí, que la comunicación del personal médico con el paciente va a depender del tipo de enfermedad (Oncológica, Crónica o Aguda) que padezca el enfermo o, al menos, le va a ayudar sustancialmente.

**Hipótesis A-2:** La necesidad de comunicación médico-paciente ¿podría depender del *nivel educativo* del paciente? Creemos que, aunque pueda ayudar al paciente a conllevar su padecimiento, no le va a ayudar sustancialmente (significativamente).

**Hipótesis A-3:** ¿La necesidad de comunicación médico-paciente es más importante (significativa) para los *hombres que para las mujeres*? Creemos que no interviene la variable Género de forma significativa en la recuperación del paciente.

**Hipótesis A-4:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿podría depender del *estado civil* en el que se encuentra el paciente? Creemos que el estado civil del paciente no repercute, de forma sustancial y significativa, en su necesidad de comunicación.

**Hipótesis A-5:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿Podría depender de la *edad* del paciente? Creemos que la edad (18-40; 41-60 y 61-90 años) es un factor esencial (significativo) en la necesidad de comunicación médico-paciente para sobrellevar el padecimiento del paciente.

**Hipótesis A-6:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿podría depender de *cuánto tiempo hace que le diagnosticaron* su enfermedad? Pensamos que es posible que el tiempo (años) que hace que le diagnosticaron la enfermedad pueda repercutir en su necesidad de comunicación con el personal médico.

**Hipótesis A-7:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿podría depender del *tipo de diagnóstico*? Creemos que sí, que su necesidad de comunicación puede ser diferente dependiendo del tipo de diagnóstico emitido.

**Hipótesis A-8:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿podría depender del medio *rural o urbano* del que procede el paciente? Creemos que no afecta.

**Hipótesis A-9:** La necesidad de comunicación médico-paciente, ¿Podría depender del *número de hijos*? Aunque la esperanza de poder seguir aportando vida a los hijos creemos que no afecta sustancialmente (significativamente) a la recuperación de su enfermedad.

**B.- Sobre la capacidad de afrontamiento a su enfermedad**

**Hipótesis B-1:** El afrontamiento a su enfermedad, ¿podría depender del *tipo de enfermedad* que padece? Creemos que no, que la capacidad/habilidad del paciente no va a depender del tipo de enfermedad (Oncológica, Crónica o Aguda) que padezca el enfermo.

**Hipótesis B-2:** El afrontamiento a su enfermedad ¿podría depender del *nivel educativo* del paciente? Creemos que, el nivel de estudios obtenido por el paciente, no le va a ayudar sustancialmente (significativamente).

**Hipótesis B-3:** El afrontamiento hacia su enfermedad, ¿puede ser diferente si son *hombres o mujeres*? Creemos que no interviene la variable Género de forma significativa en el afrontamiento del paciente a su enfermedad.

**Hipótesis B-4:** El afrontar su enfermedad, ¿podría depender del *estado civil* del paciente? Creemos que el estado civil del paciente no repercute, de forma sustancial y significativa, en su capacidad o habilidad de afrontamiento.

**Hipótesis B-5:** El afrontamiento hacia su enfermedad, ¿podría depender de la *edad* del paciente? Creemos que según la edad (18-40; 41-60 y 61-90 años) puede un factor esencial para afrontar la enfermedad del paciente.

**Hipótesis B-6:** El afrontamiento hacia su enfermedad, ¿podría depender del *tiempo que hace le dieron el diagnóstico*? Pensamos que es posible que el tiempo (años) que hace que le diagnosticaron la enfermedad pueda repercutir en su necesidad de afrontamiento a la enfermedad.

**Hipótesis B-7:** El afrontamiento hacia su enfermedad, ¿podría depender del *tipo de diagnóstico*? Creemos que sí puede afectar a su afrontamiento dependiendo del tipo de diagnóstico emitido.

**Hipótesis B-8:** El afrontamiento hacia su enfermedad, ¿podría depender de su procedencia *rural o urbana*? Creemos que no afecta.

**Hipótesis B-9:** El afrontamiento de la enfermedad, ¿podría depender del *número de hijos*? Creemos que no, aunque la motivación sea intensa y pueda estar justificada sobradamente.

#### ***II.1.2.2.- Participantes: descripción y obtención de los participantes.***

El procedimiento de muestreo fue accidental, debido a que los sujetos fueron seleccionados intencionalmente y su participación fue voluntaria. De igual manera el muestreo es no probabilístico propositivo, porque no todos los sujetos tenían las mismas posibilidades de ser seleccionados. Es un muestreo de oportunidad cuando acudían a la Consulta o a las Asociaciones.

Se consideró una muestra de 300 pacientes: 100 pacientes con cáncer, 100 con enfermedad aguda y 100 pacientes crónicos del Complejo Asistencial de Zamora, y asociaciones de Zamora y de Toro. Son pacientes atendidos en el Complejo Asistencial de Zamora, y localizados en el Hospital, en la Asociación Española contra el Cáncer,

Asociación de Diabetes, Esclerosis Múltiple, Fibromialgia y Disfonías que cumplieran los criterios de inclusión. Se realizaba entrevista semiestructurada cuando acudían a la Consulta o a las actividades programadas en las asociaciones, tanto en pacientes en fase libre de enfermedad o en fases de tratamiento. El proyecto de investigación y tesis doctoral está registrado en la Unidad de Investigación del Complejo Asistencial de Zamora perteneciente al Sacyl (Sanidad de Castilla y León), (Anexo 4).

**Criterios de inclusión:** dar su consentimiento informado oral para participar en el presente estudio. Ser pacientes oncológicos y no oncológicos con diagnóstico realizado por un especialista. Ser mayores de edad. Estado de salud física y mental que permita responder de forma coherente al cuestionario.

**Criterios de exclusión:** alteración cognitiva, patología mental o abuso a drogas. Negativa a entrar en el estudio. No tener su consentimiento informado oral. Detección por el investigador de sufrimiento o maleficencia mediante el transcurso de la investigación<sup>1</sup>.

### ***II.1.2.3.- Identificación de las Variables***

#### ***A.- Variables independientes o Categóricas:***

Dada la diversificación de sujetos que padecían diferentes tipos de variables<sup>2</sup> tuvimos que reducirlas, para ser operativos:

- El Tipo de enfermedad reducida a tres fundamentalmente: Oncológica / Crónica / Aguda.

Tabla 1. Recuento y porcentaje de los tipos de enfermedad de los participantes.

Tipos de enfermedad	Recuento	%
Oncológica	100	100%
Crónica	100	100%
Aguda	100	100%
Total	300	100%

- Las edades que fueron reducidas a tres tramos: 18-40 / 41-60 / 61-90 años.

- Estado Civil reducida a: Casado-en pareja / Otros.

- Nivel educativo: Básicos / Primaria / Secundaria / Formación profesional / Universitario.

<sup>1</sup> Este estudio no tiene conflicto de intereses por parte del investigador.

<sup>2</sup> Pueden confrontarse en el Anexo 2.

- 
- Género: Varón / Mujer.
  - Número de hijos: referido por los que no tienen hijos o solamente uno (0-1) y más de 1 (2-8).
  - Medio de procedencia: Rural/urbano.
  - Tratamiento: Ninguno / Cirugía / Quimioterapia / Radioterapia / Terapia hormonal / Ensayo clínico / Cirugía Quimioterapia Radioterapia / Combinado / Medicamento / Medicamento- dieta-ejercicio.
  - Fase de la enfermedad: Fase libre / En tratamiento / Recaída / Ninguna recaída / Paliativo / Otras.
  - Tiempo que lleva diagnosticado: 0-6 meses / 6-12 meses / más de 12 meses.
  - Tiempo desde que le dieron el Diagnóstico (por tramos de fechas): 1977-2008 / 2009-2011 / 2012-2013.
  - Diagnóstico por especialidad: Medicina Interna / Mama-Ginecología / ORL / Otros.
  - Diagnóstico Oncológico por Sistemas (referido, en síntesis, por la variable "Oncológicos"): Mama / Linfoma / Digestivo-Hígado-Páncreas-Colon / Aparato genitourinario / Cabeza-Cuello / Otros / Crónica no oncológica / Aguda / Circulatorio / Endocrino / Articular / Respiratorio.
  - Diagnóstico no-oncológico (referido, en síntesis, por la variable "Crónicos"): Diabetes / Fibromialgia / Renales / Cardíacos / Sida / Esclerosis múltiple / Parkinson / Urológica / Accidentado / Pulmonar / Patología vocal / Hipertensión / Mental / Otras / Alergia / Agudo / Crónico no-oncológico.
  - Diagnóstico de agudos (referido, en síntesis, por la variable "Agudos"): Respiratorias / Infección / Cefaleas / Accidentes-caídas / Mareos / Alergias / Disfonías / Depresión-Ansiedad / Otras / Dolor / Circulatorios / Hepática-Cólico / Oncológico / Crónico.



***Variables independientes:***

- La *Comunicación médico-paciente* (abreviadamente "*Comunicación*"). Esta variable *comunicación* la operacionalizamos tanto en *frecuencia* como en *importancia* - la que le da el paciente- incidiendo en la forma de relación entre el médico y el paciente en la transmisión de información.

- La *Resiliencia* o afrontamiento a la enfermedad por parte del paciente. Dicha variable se operacionaliza con la *Escala de resiliencia de Wagnild y Young*<sup>3</sup> (versión española de Heilemann, Lee y Kury, 2003).

***Procedimiento general empleado***

Se redactó un consentimiento informado dirigido a los participantes, donde se explicaba el objetivo y la descripción breve de la investigación, así como, las condiciones de participación. Tras recoger los datos, se realizó un análisis descriptivo de la variable Resiliencia y de cada uno de los factores de la escala, y de la variable Comunicación tanto en Frecuencia como en Importancia. Posteriormente, se llevó a cabo un procedimiento denominado Grupos Extremos (Hernández et al., 2006), cuyo fin fue agrupar los puntajes totales de la Escala de Resiliencia para conformar así dos categorías de la variable: Alta Resiliencia, media resiliencia y Baja Resiliencia.

Los Cuestionarios eran administrados, tras la información oral a los pacientes de lo que se trataba, comentándoles que es una investigación para la Tesis Doctoral titulada Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente perteneciente al departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca y previo consentimiento oral (Anexo 5), agradeciendo posteriormente su colaboración. Se realizaba entrevista semiestructurada cuando acudían a la Consulta o a las actividades programadas en las asociaciones, tanto en pacientes en fase libre de enfermedad o en fases de tratamiento. El muestreo y captación de pacientes se produjo a lo largo de los años 2012 y 2013.

***II.1.2.4.- Material y método empleado***

Para esta investigación se utilizaron dos Cuestionarios debidamente baremados y adaptados a la población española: Cuestionario de Necesidades de Comunicación e

---

<sup>3</sup>Para mayor información puede confrontarse el Anexo 3

---

Información y la versión española (Heilemann, Lee y Kury, 2003) de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

*Cuestionario de Necesidades de Comunicación e Información*

Este Cuestionario fue utilizado en el paciente oncológico superviviente, en un estudio de la Universidad Autónoma de Barcelona de Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, (2010) que valoraba si existían las mismas necesidades de comunicación o de información en pacientes oncológicos en determinadas fases de la enfermedad.

El Cuestionario consta de 15 situaciones en la relación médico-paciente en cuanto al tema de la comunicación y de la información. Valora también en otros dos ítems cuáles de ellos son considerados más importantes para el paciente. Estos ítems se relacionan con aspectos informativos dirigidos a curar, y referidos a lo que el paciente solicita ajustado a su enfermedad y capacidad del médico para orientarle en este sentido, y aspectos emocionales, dirigidos a cuidar, y relacionados con el aspecto psicológico o emocional del proceso de la enfermedad. La selección de estos ítems fue realizada mediante la información obtenida a través de revisión bibliográfica, la consulta a expertos y la interacción con pacientes oncológicos.

El Cuestionario consta también de una primera sección de características sociodemográficas y biomédicas<sup>4</sup>. El Cuestionario tiene dos partes diferenciadas, en la primera parte se evalúa la frecuencia en la que suceden las situaciones planteadas y también la importancia que tiene para ellos. En la segunda parte, los participantes seleccionan las dos situaciones que ellos consideran más importantes. La evaluación de la frecuencia y de la importancia se realiza mediante escala tipo Lickert con cinco alternativas de respuesta.

Siendo para la frecuencia la valoración: nunca, a veces, bastantes veces, casi siempre y siempre. Siendo para la importancia la valoración: no es importante, es poco importante, regular ni poco ni mucho, es bastante importante y muy importante. En ambas la puntuación mínima y máxima es de 15 y de 75 puntos respectivamente. Este cuestionario muestra unas adecuadas características psicométricas con una fiabilidad de 0,923 y de 0,819 en las respectivas escalas de frecuencia y de importancia de la

---

<sup>4</sup> Para mayor información puede confrontarse el Anexo 2.

comunicación, medidas a través del  $\alpha$  de Cronbach. Se empleó el mismo cuestionario para todos los sujetos, adaptado a sus tratamientos.

Son 15 ítems relacionados con aspectos informativos y emocionales de la comunicación (según propuesta del autor Ong et al., 2006) distinguiendo entre acciones orientadas a *curar* y acciones orientadas a *cuidar*. Acciones orientadas a *curar* o necesidad informativa se entiende a aquellas acciones que demanda el paciente con respecto a la información relacionada con su enfermedad (ajuste de la información a sus necesidades, fuentes de información y la calidad de la misma) así como a las características profesionales del médico en la interlocución (capacidad de escucha, hacer partícipe al paciente del proceso y reconocer sus necesidades). En cuanto a las acciones orientadas a *cuidar* (necesidades emocionales), son los requerimientos realizados por el paciente a su médico relacionados con aspectos psicológicos, afectivos y emotivos derivados, relacionados o pertenecientes al proceso de su enfermedad. Son 6 ítems de *curar* (1, 5, 6, 10, 11 y 13) y 9 ítems de *cuidar* (2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 14 y 15).

Tabla Cuestionario de Necesidades de Comunicación e Información

Nº. ítem	ÍTEMS DE CURAR
1	El médico resuelve todas mis dudas.
5	Me proporciona otras fuentes de información sobre la enfermedad (folletos, guías, referencias bibliográficas...).
6	Puedo preguntar con libertad diferentes aspectos relacionados con mi enfermedad
10	El médico me hace partícipe de las decisiones que se toman relacionadas con mi enfermedad.
11	Me siento escuchado/a por el médico
13	El médico se preocupa porque haya comprendido la información dada
ÍTEMS DE CUIDAR	
2	El médico me reconforta en los momentos en los que lo necesito.
3	Siento que el médico entiende mis emociones y/o sentimientos
4	Con el médico puedo conversar sobre temas espirituales.
7	Si él no puede ayudarme me indica dónde puedo apoyarme (psicólogos, grupos de apoyo...).
8	Aparte de aspectos médicos, puedo hablar con él otros aspectos que me preocupan (familiares, laborales, personales...).
9	El médico me proporciona confianza.
12	Siento que puedo expresar abiertamente mis emociones cuando estoy con él (rabia, alegría, miedo, tristeza...).
14	El médico se preocupa por mi estado de ánimo.
15	Comento con mi médico las emociones que me producen los tratamientos, (quimioterapia, radioterapia cirugía...) y/o sus efectos secundarios

**Escala de Resiliencia de Wagnild, G. Young, H. (1993)**

Se valora la resiliencia mediante el instrumento la Escala de Resiliencia (RS), la escala en español de Wagnild y Young versión en español de Heilemann, Lee y Kury

(2003), conformada por 25 ítems en forma de afirmación, para responder con una escala tipo Likert de siete opciones (1= totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo). El rango de las puntuaciones es de 25 a 175, representando las puntuaciones más altas un mayor nivel de resiliencia. Las calificaciones que se encuentra por encima de 147 se consideran de alto nivel de resiliencia, entre 121 a 146 equivalen a un nivel medio y las puntuaciones menores a 121 se evidenciarán un bajo nivel de resiliencia.

**Ficha técnica:**

- ✓ Nombre: Escala de Resiliencia.
- ✓ Autores: Wagnild, G. Young, H. (1993). Versión en español de Heilemann, Lee y Kury.
- ✓ Procedencia: Estado Unidos.
- ✓ Adaptación peruana: Novella (2002).
- ✓ Administración: Individual o colectiva.
- ✓ Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
- ✓ Aplicación: Para adolescentes y adultos.
- ✓ Significación: La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

**Factores que evalúa**

Factor I: Denominado *competencia personal*; integrado por 17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II: Denominado *aceptación de uno mismo y de la vida* representados por 8 ítems, y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Estos factores representan las siguientes características de la resiliencia

a) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

b) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

c) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

d) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.

e) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

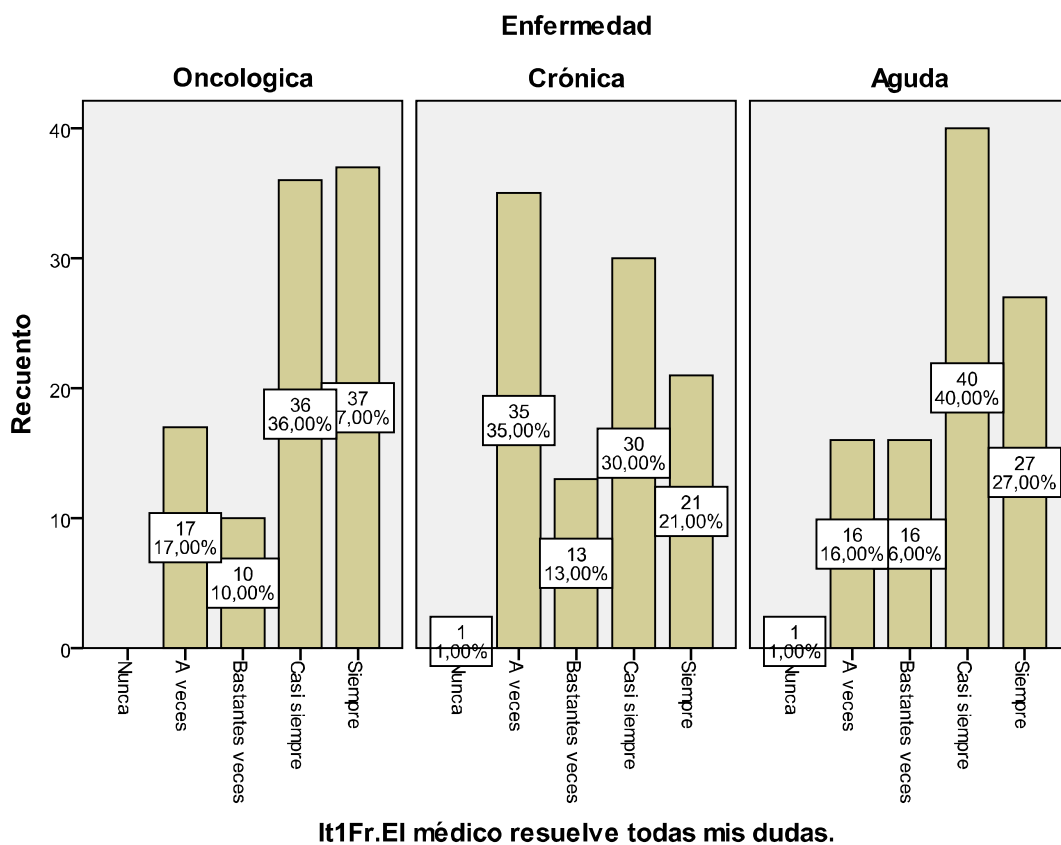
Tabla Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia (ER)

Factores	Ítems
Satisfacción Personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	5, 3, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

## II.2.- RESULTADOS

Dada la enorme complejidad de este estudio, nos vemos obligados a resumir los datos principales aportados por los participantes en este estudio. Vamos a referir, en primer lugar, los datos aportados en cada uno de los ítems de los Cuestionarios (de Comunicación y de Resiliencia), según sea el tipo de enfermedad que padece. Posteriormente contrastaremos las diferentes hipótesis planteadas en nuestro estudio mediante el análisis de las diferencias de medias y el Índice de Cohen (d), (Cohen, 1988).

### II.2.1.- Análisis de los ítems del Cuestionario de Comunicación.



**Figura 1. Cuestionario de Comunicación. Ítem 1: Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

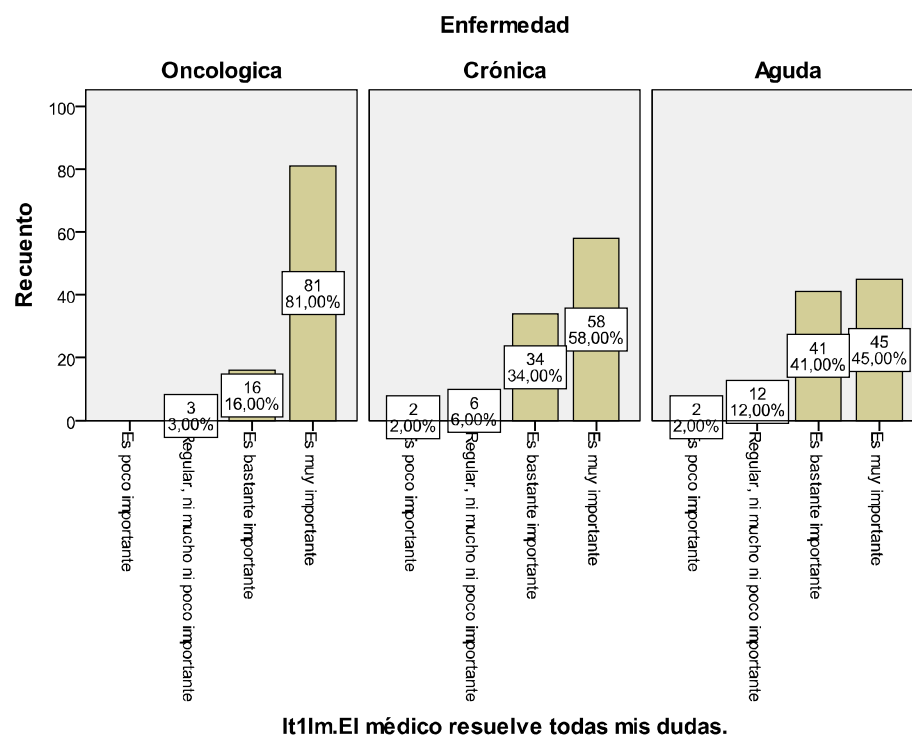
Existe un 37% de sujetos oncológicos en los que siempre el médico resuelve sus dudas. Un 36% opina que casi siempre les resuelve sus dudas. Un porcentaje menor

opina que esto ocurre bastantes veces o a veces como podemos ver en la gráfica. El grupo de pacientes oncológicos por tanto en un 73% vive la situación de tranquilidad al tener a un profesional médico que le ayuda en sus dudas.

En el grupo de pacientes crónicos un 21% opina que siempre el médico les resuelve sus dudas y un 30% que casi siempre. Se observa en los resultados que un porcentaje del 35% opina que a veces se le resuelven sus dudas. En este grupo observamos que dada su cronicidad en la enfermedad hay preguntas que no se pueden resolver por parte del profesional médico.

En la muestra de sujetos con enfermedad aguda el 27% opina que siempre el médico les resuelve sus dudas, y un 40% opina que casi siempre. En este grupo de sujetos más del 60% tienen la vivencia de tener las dudas sobre su enfermedad resueltas.

Observamos por tanto, tal y como indica la Figura 1, que los pacientes oncológicos son los que con más frecuencia perciben que las dudas de su enfermedad son resueltas, seguidas del grupo de agudos y llama la atención que en el grupo de crónicos, la respuesta a veces ocupa un gran porcentaje, teniendo en cuenta que son los pacientes con una larga duración de enfermedad y por tanto de la relación médico-paciente.

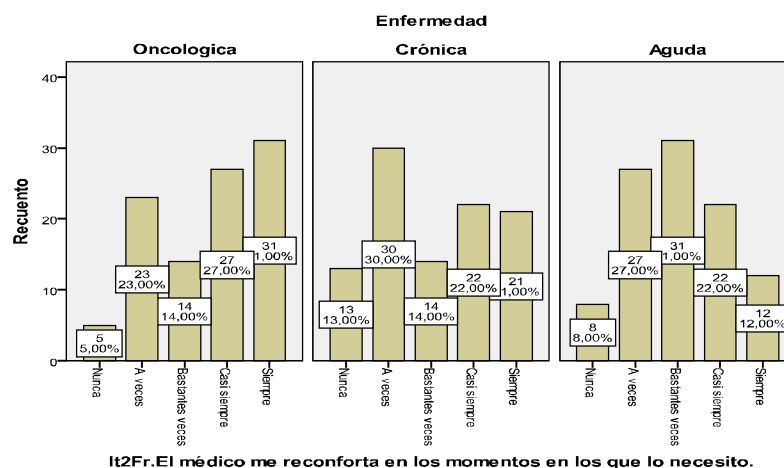


**Figura 2. Cuestionario de Comunicación. Ítem 1 Importancia según Tipos de enfermedad.**

Como vemos en la Figura 2, existe un 81% de sujetos con enfermedad oncológica que le da mucha importancia a que el médico les resuelva sus dudas respecto a la enfermedad. Un 16% opina que es bastante importante. En ningún caso de los pacientes oncológicos se observa en la gráfica de la Figura 2 que no sea importante. El paciente oncológico valora mucho el tener a un profesional competente que le resuelva las dudas sobre su enfermedad.

Un 58% de la muestra de sujetos con enfermedad crónica refiere que es muy importante este aspecto en relación con su médico, y un 34% nos comunica que es bastante importante. Un porcentaje menor nos indica que no es muy importante este aspecto, dada la cronicidad de la enfermedad.

En la muestra de sujetos con enfermedad aguda un 45% comunica que este aspecto es muy importante, y un 41% refiere que es bastante importante. Existe un 12% que no le concede mucha importancia a este aspecto. El paciente con enfermedad aguda resuelve su proceso en un espacio corto de tiempo y aunque valora este aspecto de resolver las dudas de la enfermedad, hay un porcentaje menor de personas que no le conceden mucha importancia a que le resuelvan todas las dudas de la enfermedad aguda que cursó y de la que se recuperó.



**Figura 3. Cuestionario de Comunicación. Ítem 2 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

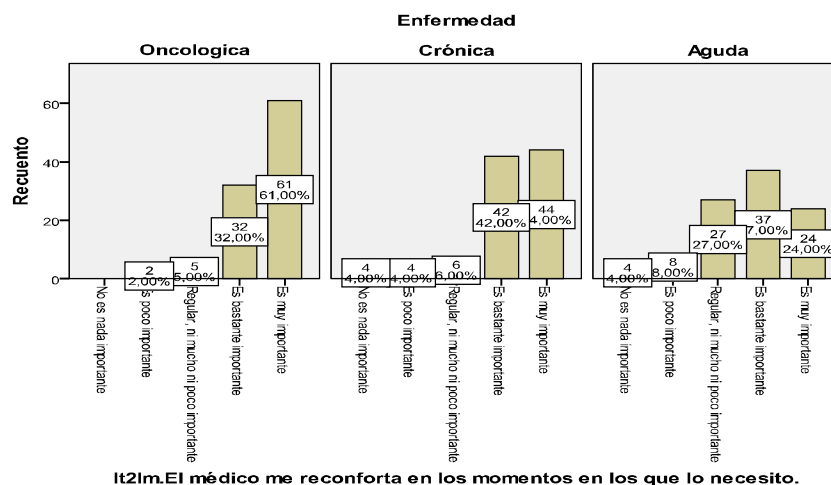
En la muestra de sujetos oncológicos observamos cómo el 31% opina que siempre el médico les reconforta en los momentos en los que lo necesita, y el 27% opina que casi siempre ocurre esto. Tan sólo un 5% comunica que nunca el médico le reconforta en los momentos en los que lo necesita. Este aspecto se refiere más al cuidado del paciente, y es la parte de ayuda y de ánimo para adaptarse a la enfermedad. En un 23%



el paciente oncológico a veces se siente animado por su médico para sobrellevar el proceso patológico.

Tal y como se aprecia en la Figura 3, en los sujetos con patología crónica existe un 21% que siempre y un 22% que casi siempre es reconfortado por su médico. Existe un 13% que comunica que el médico no les reconforta nunca y un 30% que a veces. Este grupo de pacientes ha llevado un tiempo de adaptación a la enfermedad, su vida gira alrededor de su enfermedad y un grupo de crónicos de nuestra muestra percibe que no es a veces reconfortado en su proceso.

En los sujetos con patología aguda observamos en la Figura 3 que existe un 12% que notan que el médico les reconforta siempre, un 31% que bastantes veces, un 22% que casi siempre, un 27% a veces y un 8% que nunca sucede este aspecto en su relación comunicativa con el médico. El paciente con enfermedad aguda percibe en su mayor parte este ánimo que le puede ofrecer el médico en el tiempo que dura su enfermedad.



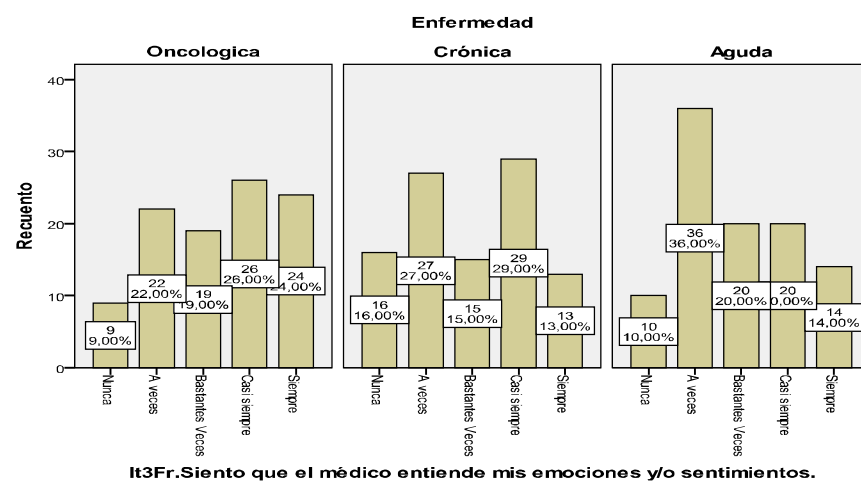
**Figura 4. Cuestionario de Comunicación. Ítem 2. Importancia según Tipos de enfermedad.**

Apreciamos en la Figura 4, que los sujetos oncológicos comunican que este aspecto en que el médico les reconforta en los momentos en los que lo necesita en un 61%, y es bastante importante para el 32% de la muestra. No existe ningún sujeto oncológico que piense que este aspecto no es importante. El paciente oncológico por el propio matiz de la enfermedad, precisa y percibe como importante esa atención para ayudarlo a sobrellevar su enfermedad.

Los sujetos con patología crónica creen que es muy importante en un 44%, y es bastante importante en el 42% de la muestra. No es nada importante para el 4% de los

sujetos con enfermedad crónica. El paciente crónico en su mayor parte siente importante que su médico le reconforte anímicamente en su adaptación a la enfermedad.

Para los sujetos con enfermedad aguda es muy importante para el 24% de los sujetos, bastante importante para el 37% y ni mucho ni poco importante para el 27% de los sujetos. El 4% de estos sujetos opina que no es nada importante este aspecto. Estos sujetos agudos piensan que el hecho de que anímicamente le reconforte su médico en su enfermedad no le conceden importancia y muchas veces ni se lo plantean, por lo breve del proceso patológico.



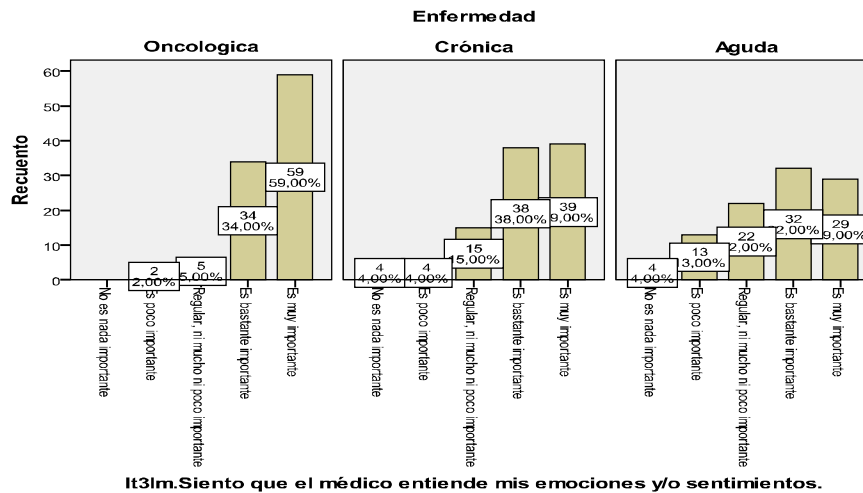
**Figura 5. Cuestionario de Comunicación. Ítem 3 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 24% de los sujetos con enfermedad oncológica comunica que siente que el médico entiende sus emociones siempre, el 26% que casi siempre, el 19% bastantes veces y el 22% a veces. Un 9% comunica que nunca siente que el médico le entienda sus sentimientos. En su mayor parte como podemos ver en la Figura 5, el paciente oncológico percibe que su médico entiende como se encuentra emocionalmente en su enfermedad, pero es importante observar que existe un porcentaje, alrededor del 30% que no se encuentra comprendido.

En el grupo de enfermos crónicos observamos que un 13% nota que siempre su médico le entiende sus emociones, el 29% casi siempre, el 27% a veces, el 15% bastantes veces y un 16% que nunca sucede esto en su relación terapéutica médico-paciente. El paciente crónico, por las características de su enfermedad incurable y con

tratamiento paliativo aunque en su mayor parte percibe la comprensión del médico, existe un porcentaje de pacientes que informa no sentirse entendido.

Los sujetos con enfermedad aguda en un 14% opinan que siempre el médico les entiende sus sentimientos, el 20% casi siempre, otro 20% bastantes veces, y el 36% a veces, y un 10% nunca. La enfermedad aguda y resuelta, hace percibirse al paciente comprendido en la mayoría de los casos.



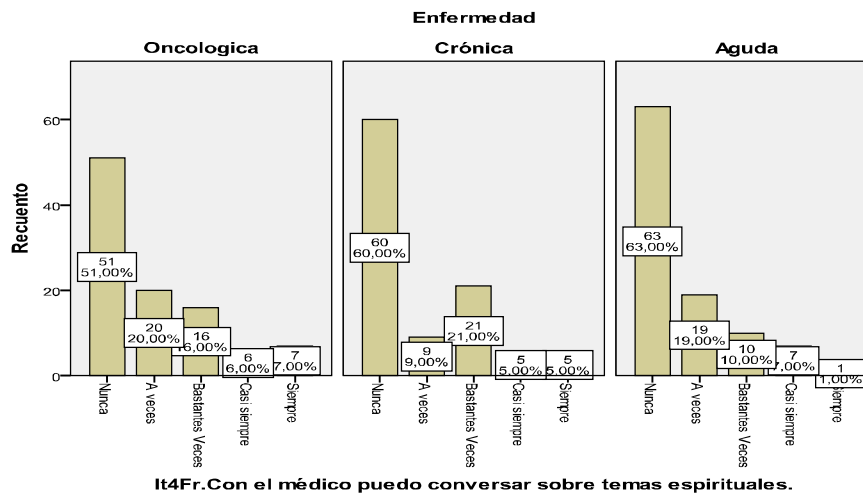
**Figura 6. Cuestionario de Comunicación. Ítem 3 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 59% de los sujetos oncológicos comunican que es muy importante este aspecto en la relación comunicativa con el médico y el 34% lo consideran bastante importante. El 2% creen que es poco importante. Este aspecto es importante en un 93% de los sujetos oncológicos; es un aspecto encaminado al cuidado, y es básico para este grupo de pacientes sentirse así, comprendida la parte emocional de su proceso de cáncer.

En los sujetos crónicos observamos que el 39% consideran que es muy importante, el 38% que es bastante importante, el 15% ni mucho ni poco importante. No es nada importante para el 4% de la muestra. Como podemos ver en la Figura 6, los sujetos crónicos aunque consideran importante sentirse comprendido por el médico en el proceso de su enfermedad, hay una pequeña parte de pacientes que no lo consideran así.

En los pacientes agudos es muy importante sentirse que el médico les entiende sus emociones en el 29% de los sujetos, el 32% opina que es bastante importante este aspecto, el 22% ni mucho ni poco, y no es nada importante para el 4%. En este grupo de pacientes la importancia de este cuidado del médico dirigido a comprender el

sentimiento que le genera su enfermedad no es relevante siempre para el total de los crónicos, sino que se diversifica su respuesta.

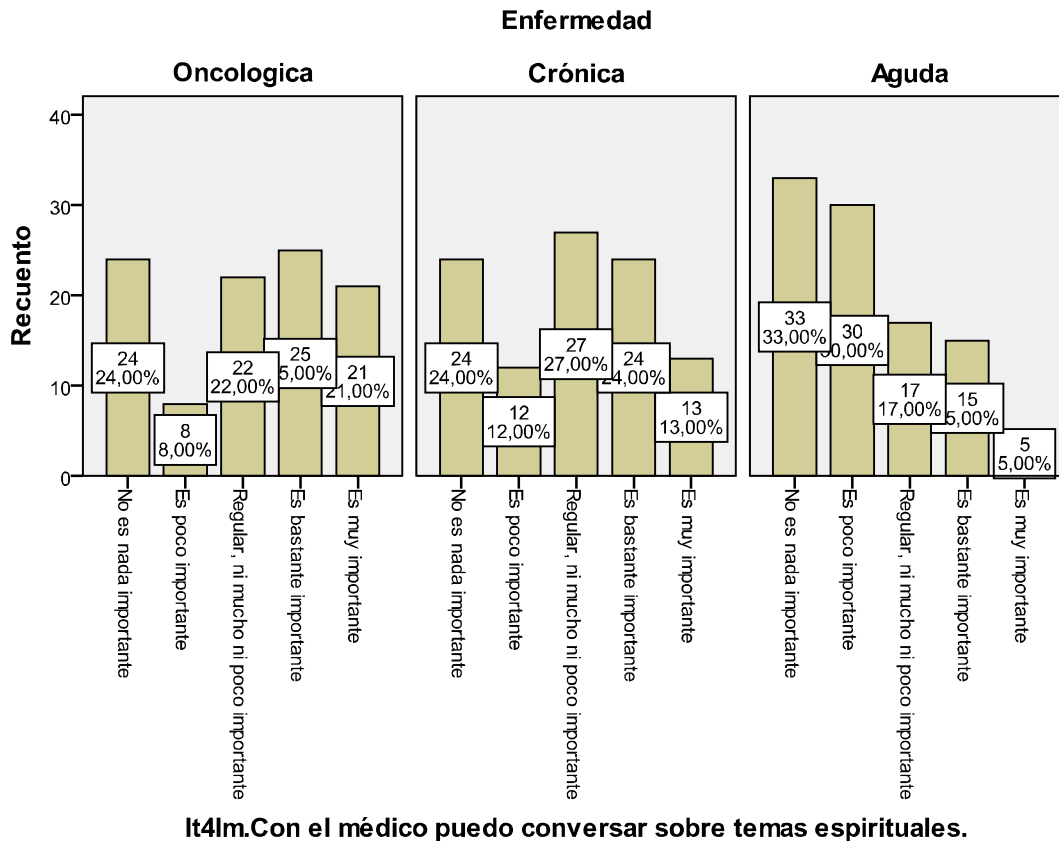


**Figura 7. Cuestionario de Comunicación. Ítem 4 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

Apreciamos en la Figura 7, que en la muestra de sujetos oncológicos el 51% opina que nunca puede conversar con el médico sobre temas espirituales, un 20% a veces, un 16% bastantes veces. El 7% siempre puede conversar sobre estos temas con el médico. Estos sujetos no consideran al médico como profesional para comentar aspectos espirituales, entonces a veces lo comentan pero no es lo habitual.

En la muestra de sujetos con enfermedad crónica el 60% considera que nunca puede conversar sobre temas espirituales con el médico, un 21% bastantes veces, un 9% a veces y el 5% siempre puede conversar sobre estos temas en la Consulta. No son temas a consultar pero en ocasiones un porcentaje sí lo propone.

En la muestra de sujetos con patología aguda existe un 63% que nunca habla con el médico sobre temas espirituales, un 19% a veces y un 1% siempre. Como se aprecia en la Figura 7 este grupo de pacientes son los que menos se plantean hablar de espiritualidad en relación a su enfermedad.



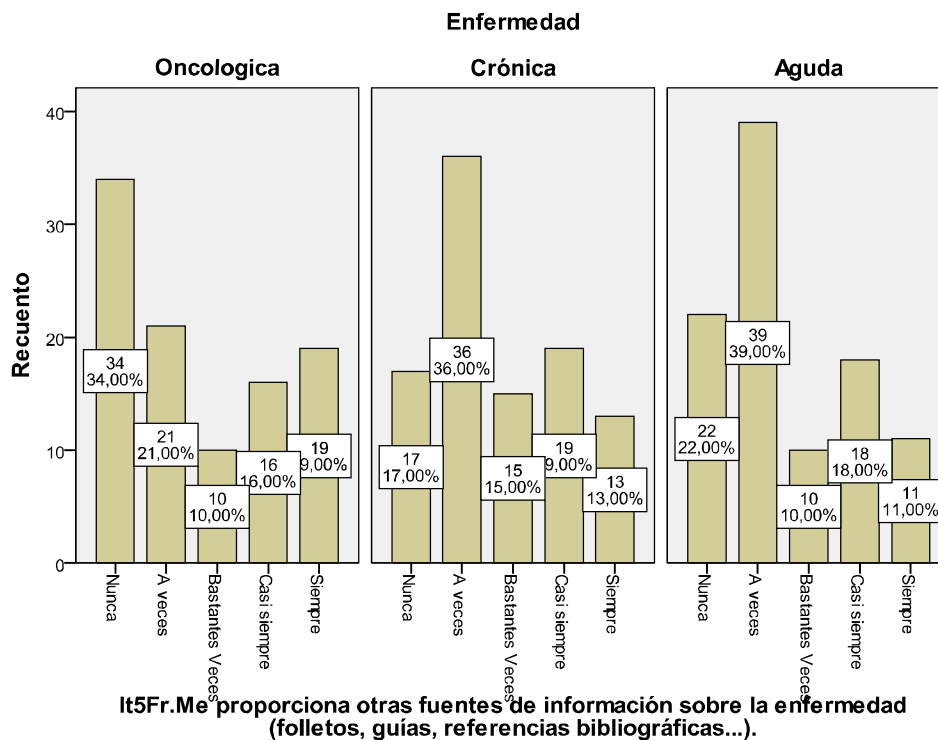
**Figura 8. Cuestionario de Comunicación. Ítem 4 Importancia según Tipos de enfermedad.**

Los sujetos con patología oncológica consideran en un 21% que este aspecto es muy importante en su relación con el médico, el 25% opina que es bastante importante, el 22% ni mucho ni poco importante y un 24% que no es nada importante. Los sujetos oncológicos, es el grupo que más importancia conceden a conversar con el médico sobre temas espirituales, aunque podemos ver en la Figura 8, que hay sujetos en un buen porcentaje que lo consideran nada importante.

Los sujetos con patología crónica opinan en un 13% que es muy importante conversar sobre temas espirituales con el médico, para el 24% es bastante importante, para el 27% no es ni mucho ni poco importante y para el 24% no es nada importante. Este grupo le concede cierta importancia a este tema en relación a lo espiritual, para tenerlo en cuenta y hablarlo con su médico en relación terapéutica que mantienen.

Los sujetos con patología aguda consideran en un 33% que no es nada importante, el 30% que es poco importante, el 17% ni mucho ni poco importante, el 15% considera que es bastante importante y para el 5% que es muy importante. Apreciamos en la

Figura 8, que es el grupo de enfermedad que menos importancia otorga a este aspecto espiritual para hablarlo en la Consulta.



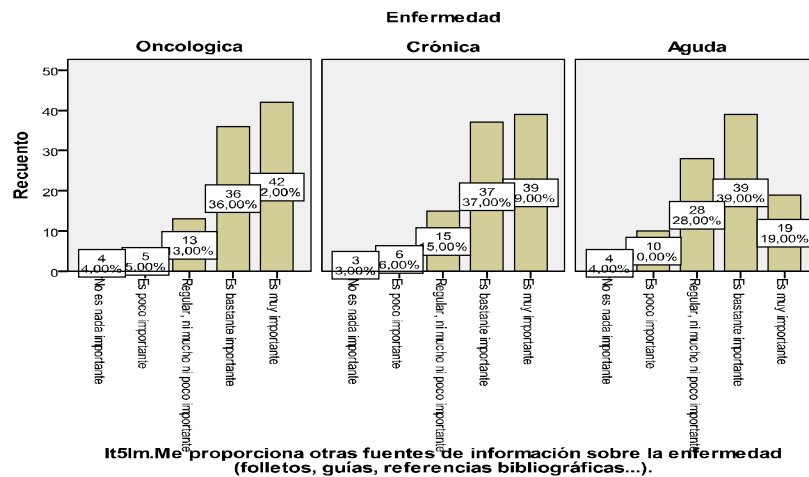
**Figura 9. Cuestionario de Comunicación. Ítem 5 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

Como vemos en la Figura 9, los sujetos con patología oncológica piensan en un 34% que nunca el médico le proporciona otras fuentes de información sobre su enfermedad (folletos, guías, referencias bibliográficas...), el 21% opina que a veces ocurre esto, el 16% que casi siempre y el 19% comunica que siempre le ofrece documentación sobre su enfermedad. Se produce un refuerzo a la información dada por el médico la mayoría de las veces, aún así, a un porcentaje importante nunca le proporcionan otra información respecto a su enfermedad.

Los sujetos con patología crónica opinan en un 36% que a veces se le ofrece otra documentación, un 19% casi siempre, un 15% bastantes veces, un 13% siempre y un 17% nunca. A la mayor parte de estos sujetos, dada su cronicidad y la relación más amplia en el tiempo se les indican referencias a consultar o guías informativas que le ayuden a su adaptación a la enfermedad.

Los sujetos con enfermedad aguda comunican en un 39% que a veces le proporcionan otras fuentes de información, al 22% nunca le ha sucedido esto, el 10%

bastantes veces, el 18% casi siempre y el 11% siempre. No suele ser habitual reforzar la información dada por el médico con guías, pero incluso en estos enfermos agudos interesados por su enfermedad suma un buen porcentaje de esta consulta complementaria.

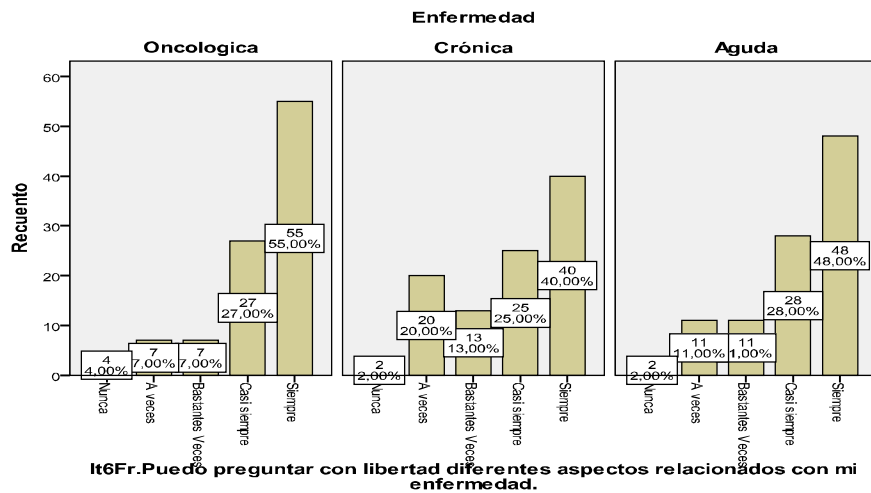


**Figura 10. Cuestionario de Comunicación. Ítem 5 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 42% de los sujetos con patología oncológica comunican que es muy importante que se le proporcione otras fuentes de información sobre su enfermedad, el 36% consideran que este aspecto es muy importante, el 13% creen que no es ni mucho ni poco importante y el 3% comunican que no es un aspecto importante en su relación con el médico. Este aspecto de tener otras fuentes de información es relevante para el paciente oncológico como así lo informan.

El 39% de los sujetos con patología crónica opinan que es muy importante este aspecto, para el 37% es bastante importante, para el 15% no es ni mucho ni poco importante y para el 3% no es nada importante. Este complemento de información es interesante para el paciente crónico como nos indica en la Figura 10, ya que le va a ser de utilidad en su adaptación.

El 19% de los sujetos con patología aguda consideran que es bastante importante que se le proporcione otras fuentes de información sobre su enfermedad, para el 28% no es ni mucho ni poco importante, para el 19% de esta muestra es muy importante este aspecto, un 10% considera que es poco importante y un 4% comunica que no es nada importante en la relación con su médico. En este grupo de pacientes el apoyo de otras fuentes de información que le ofrece su médico no es muy relevante.



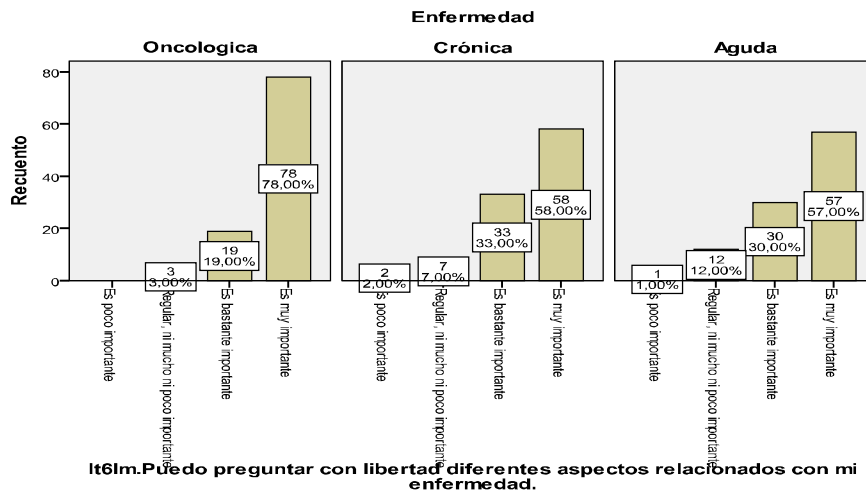
**Figura 11. Cuestionario de Comunicación. Ítem 6 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 55% de la muestra de sujetos con patología crónica consideran que siempre pueden preguntar con libertad diferentes aspectos relacionados con su enfermedad, el 27% opinan que casi siempre. Un 4% cree que nunca pueden preguntar con libertad sobre aspectos de su enfermedad. Como podemos ver en la Figura 11, realmente el paciente oncológico pregunta sobre su enfermedad en un interesante porcentaje en una situación de confianza con su médico.

El 40% de los sujetos crónicos de nuestra muestra consideran que siempre pueden preguntar sobre aspectos relacionados con su enfermedad, el 25% casi siempre, el 20% a veces, y existe un 2% que nunca puede preguntar sobre su enfermedad. El paciente crónico como vemos en la Figura 11, a veces y bastantes veces, pero no siempre, tiene la confianza con su médico para preguntarle sobre su propia enfermedad aunque tengan una relación continuada.

El 48% de los sujetos con enfermedad aguda consideran que siempre pueden preguntar sobre su enfermedad, el 28% que casi siempre, y un 2% consideran que nunca pueden preguntar sobre su enfermedad aspectos relacionados con ella. El paciente agudo pregunta sobre su enfermedad aunque sea un proceso de corta duración, percibe confianza con el médico para preguntar.



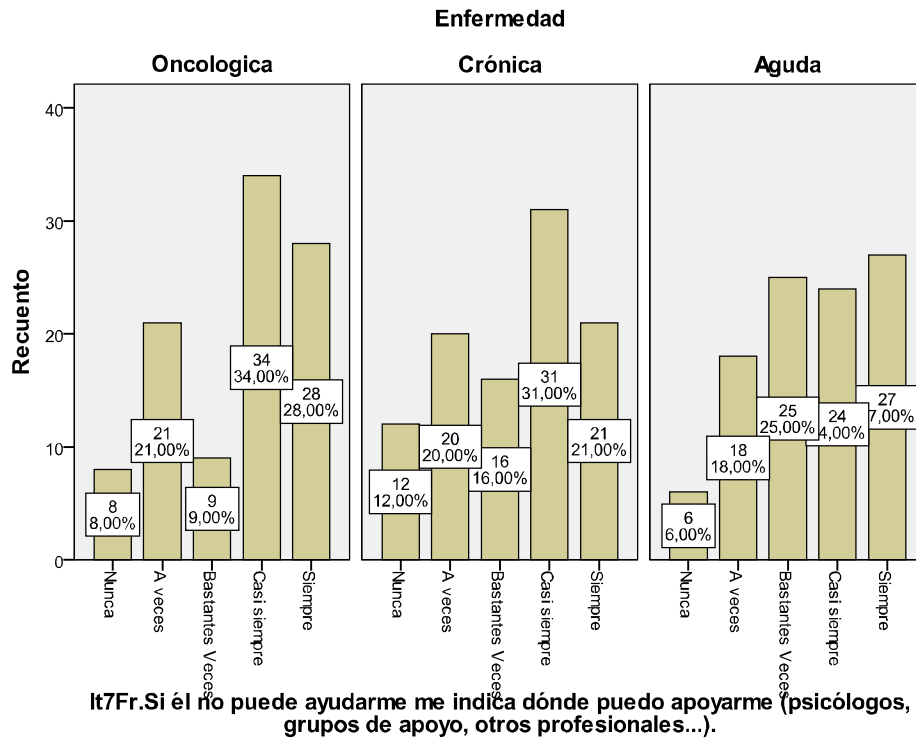


**Figura 12. Cuestionario de Comunicación. Ítem 6 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 78% de los sujetos con enfermedad oncológica consideran que es muy importante preguntar con libertad sobre aspectos relacionados con su enfermedad, un 19% considera que es bastante importante. Ningún sujeto considera que este aspecto es poco importante. Este aspecto como vemos en la Figura 12, es relevante para el sujeto oncológico.

El 58% de los sujetos con enfermedad crónica consideran que es muy importante que se pueda preguntar sobre temas relacionados con su enfermedad, el 33% que es bastante importante, y un 2% que es poco importante. Es interesante para el paciente crónico poder tener acceso a su médico a lo largo de su enfermedad y preguntarle sobre su enfermedad.

El 57% de los sujetos con enfermedad aguda consideran que es muy importante que se pueda preguntar con libertad sobre su enfermedad, para el 30% es bastante importante, para el 12% no es ni mucho ni poco importante y para el 1% este tema es poco importante en la conversación con el médico. Este aspecto aunque es importante para el paciente crónico, sin embargo un porcentaje de personas (12%) no le conceden utilidad a este aspecto.



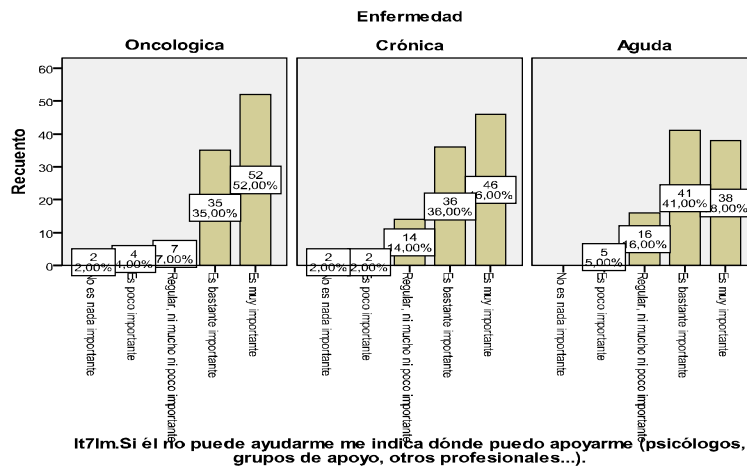
**Figura 13. Cuestionario de Comunicación. Ítem 7 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 34% de los sujetos con enfermedad oncológica opinan que casi siempre si el médico no puede ayudarle le indica dónde puede apoyarse (psicólogos, grupos de apoyo, otros profesionales...), un 28% opinan que siempre sucede esto con su médico, un 21% opina que a veces le indica otros sitios o profesionales donde apoyarse en su enfermedad, y un 8% indica que nunca sucede esto. El paciente oncológico percibe tal y como vemos en la Figura 13, que el médico le deriva o le incluye en otros profesionales que le puedan ayudar.

El 31% de los sujetos crónicos opina que casi siempre le indica su médico donde puede apoyarse, un 21% opina que siempre sucede este aspecto en su relación con el médico, el 20% que a veces sucede, un 16% que bastantes veces y un 12% opina que nunca se da esta situación. El paciente crónico en su mayoría percibe que su médico le ayuda con otros profesionales pero un porcentaje menor de crónicos piensa que esto no sucedería, es como una relación única.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 27% que siempre su médico le indica donde puede ayudarse si él no puede ayudarle, esto ocurre bastantes veces en el 25% de esta muestra, en el 24% casi siempre, en el 18% a veces y un 6% opina que nunca se produce esta situación. En su mayor parte, tal y como muestra la Figura 13, los

sujetos con enfermedad aguda notan que el médico les ayuda más allá de su propia consulta y si es necesario lo deriva a otros profesionales.

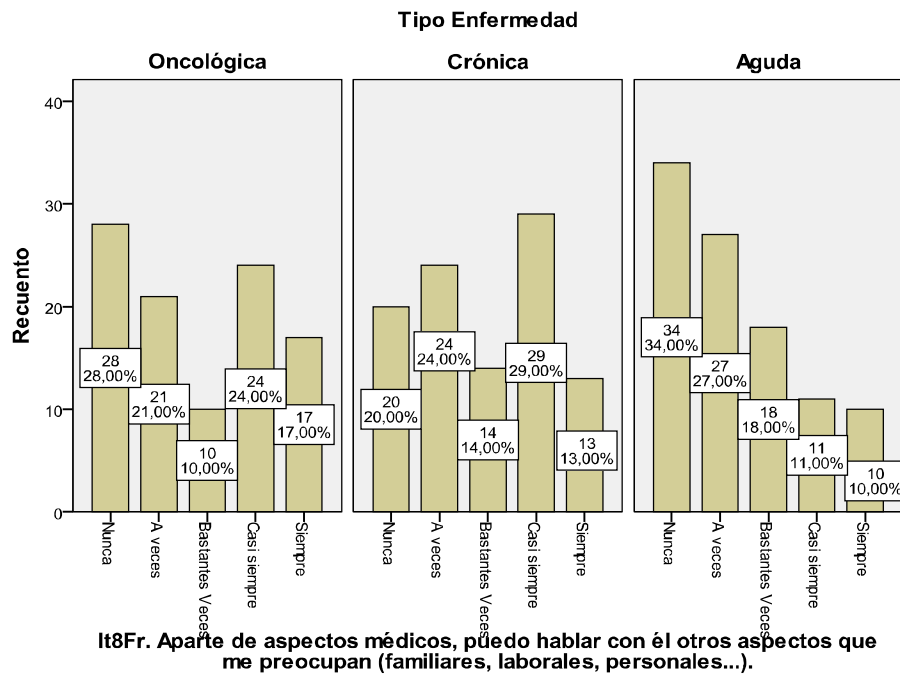


**Figura 14. Cuestionario de Comunicación. Ítem 7 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 52% de los sujetos oncológicos opina que es muy importante este aspecto en la comunicación con el médico, y un 35% que es bastante importante. Un 2% comenta que este aspecto no es nada importante. El paciente oncológico como vemos opina y siente que es relevante que el médico les derive en otros profesionales si él no puede ayudarle

El 46% de los sujetos con enfermedad crónica como vemos en la Figura 14, opina que es muy importante que si el médico no le puede ayudar le derive a otros profesionales donde apoyarse en su enfermedad, el 36% opina que es bastante importante, el 14% cree que no es ni mucho ni poco importante. Un 2% piensa que no es nada importante este aspecto. El paciente crónico siente esta derivación muy importante en el proceso de su enfermedad y que el médico le apoye en ello.

En los sujetos con patología aguda el 38% piensa que es muy importante esta consideración en la relación con el médico, el 41% piensa que es bastante importante, el 16% piensa que no es ni mucho ni poco importante y no hay ningún sujeto agudo que piense que este aspecto no es nada importante. Estos pacientes agudos encuentran útil esta información y derivación por parte del médico.



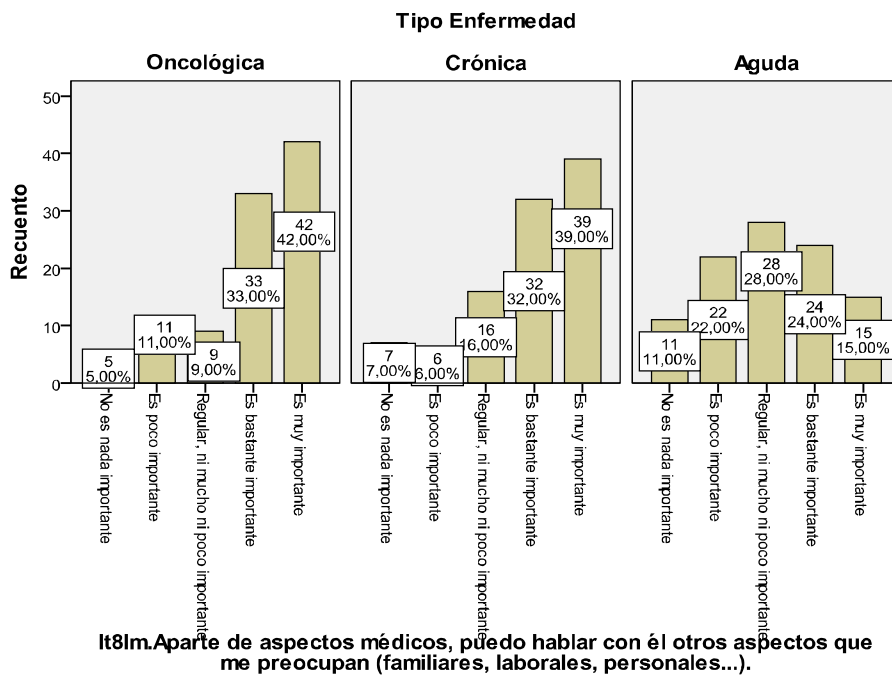
**Figura 15. Cuestionario de Comunicación. Ítem 8 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 28% de los sujetos oncológicos de nuestra muestra opina que aparte de aspectos médicos nunca pueden hablar de otros aspectos que le preocupan con el médico, el 24% comunica que casi siempre pueden hablar de otros aspectos, el 21% a veces, y el 17% siempre pueden hablar con el médico de otros temas que le preocupan. El sujeto oncológico revela que en la relación médico-paciente interesa más el aspecto médico que otros problemas que le preocuparan, aunque también un porcentaje nos revela que como vemos en la Figura 15 hablan de otros aspectos. Ese tema es útil por la globalidad de la salud del sujeto.

El 29% de los sujetos con patología crónica opina que casi siempre pueden hablar con su médico de temas que le preocupan, el 24% a veces, el 13% siempre, el 14% bastantes veces, y el 20% nunca pueden hablar de otros temas. Los pacientes crónicos como apreciamos en la figura 15 hablan pero a veces, casi siempre pero no de forma habitual a pesar de tener una relación continuada con su médico.

Los sujetos con enfermedad aguda en un 34% nunca hablan con su médico de otros temas que le preocupan aparte de la enfermedad, el 27% a veces, el 18% bastantes veces comentan otros aspectos no médicos con el médico. En los enfermos agudos, como indica en la Figura 15, hablar de otros aspectos que no sean médicos, no lo hacen

de forma cotidiana, un buen porcentaje (34%) responden nunca, al ser una relación breve y puntual.

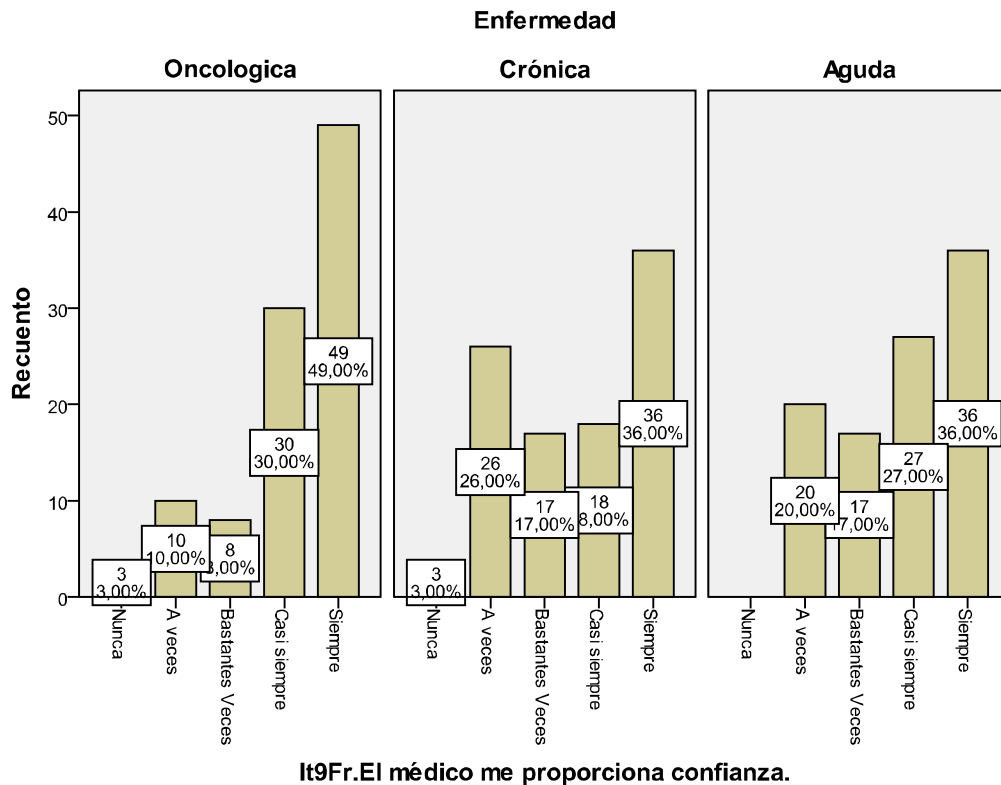


**Figura 16. Cuestionario de Comunicación. Ítem 8 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 42% de los sujetos oncológicos de nuestra muestra piensan que es muy importante que aparte de aspectos médicos pueda hablar con el médico de otros aspectos que le preocupen. El 33% considera que este aspecto es muy importante. El 5% considera que no es nada importante. Tal y como vemos en la Figura 16, para el paciente oncológico es relevante poder comentar otras preocupaciones con el médico.

El 39% de los sujetos con enfermedad crónica opinan que es muy importante este aspecto en la comunicación, y el 32% considera que es bastante importante. El 7% comunica que no es nada importante este aspecto. En estos pacientes y como apreciamos en la Figura 16, se considera que es útil esta comunicación con el médico.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 28% que no es ni mucho ni poco importante este aspecto comunicativo, el 24% opina que es bastante importante y el 22% que es poco importante. El 15% opina que es muy importante y el 11% que no es nada importante. Como apreciamos en la Figura 16, en los pacientes agudos comunicar al paciente otros aspectos no médicos al médico es poco relevante, normalmente acuden por causas de la enfermedad y no comentan otros aspectos no relacionados con ella.

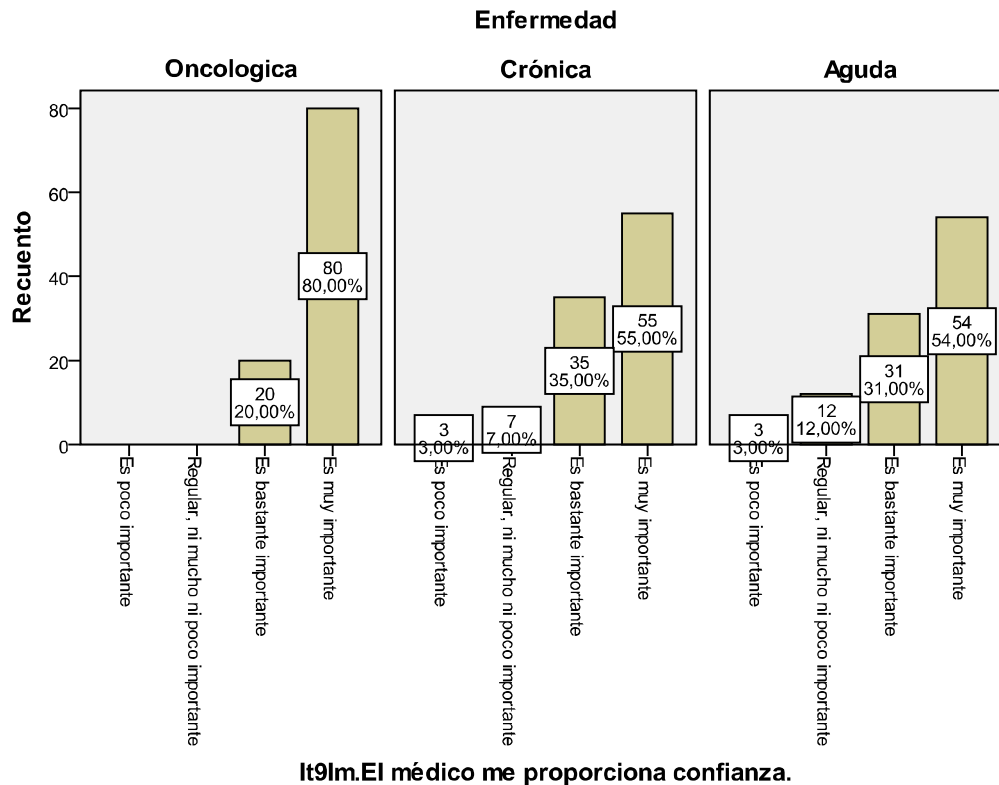


**Figura 17. Cuestionario de Comunicación. Ítem 9 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 49% de los sujetos que conforman el grupo de pacientes oncológicos opina que siempre el médico le proporciona confianza. El 30% opina que casi siempre, el 8% bastantes veces y el 10% a veces. El 3% opina que nunca le proporciona confianza. Se produce este aspecto en la relación médico-paciente en el paciente oncológico como se puede observar en la Figura 17.

Los sujetos crónicos opinan en un 36% que siempre le proporciona confianza, el 26% que a veces, el 18% casi siempre y el 17% bastantes veces. El 3% opina que nunca le proporciona confianza. El paciente crónico refiere como vemos en la Figura 17, en un porcentaje relevante que a veces y bastantes veces se produce esta dinámica de confianza.

Los sujetos con patología aguda opina en un 36% que siempre su médico le proporciona confianza, el 27% opina que casi siempre. No hay ningún paciente con enfermedad aguda que opine que nunca se produce este aspecto de confianza. El 20% opina que a veces se produce esta situación. En la mayor parte de sujetos agudos tal y como se observa en la Figura 17, perciben esta confianza con su médico.

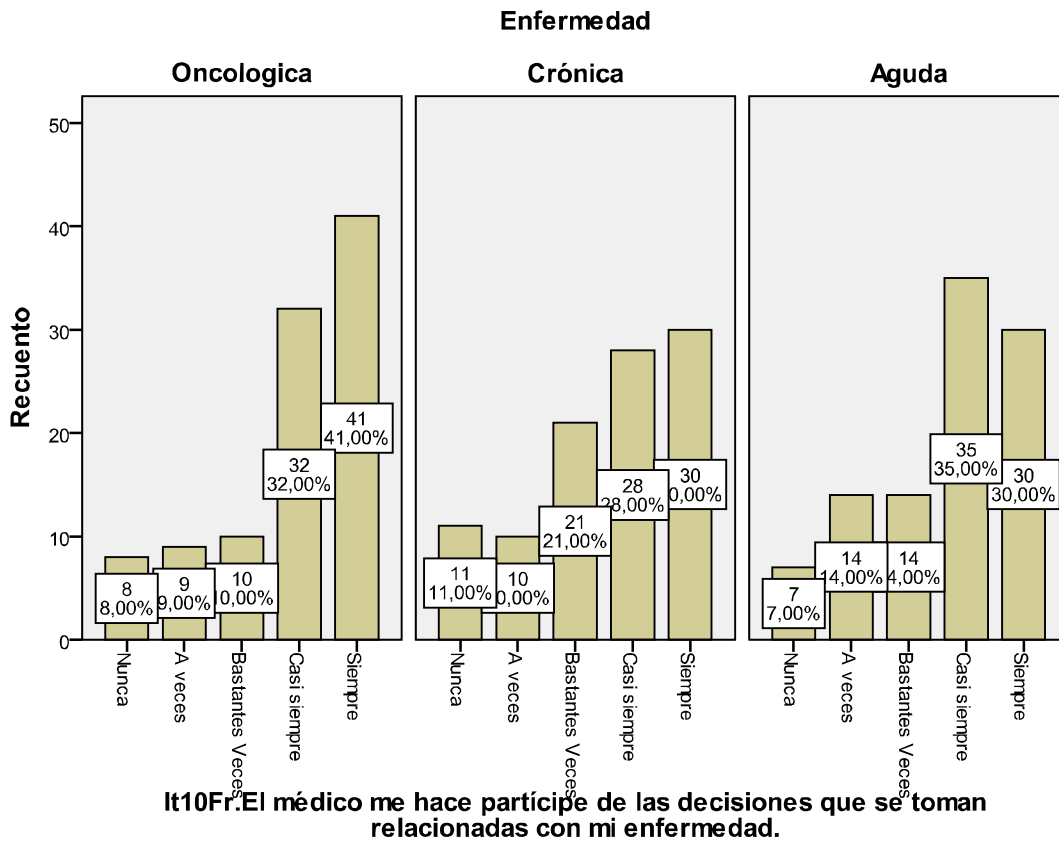


**Figura 18. Cuestionario de Comunicación. Ítem 9 Importancia según Tipos de enfermedad.**

Para el 80% de la muestra de sujetos oncológicos es muy importante este aspecto, y para el 20% es bastante importante que el médico le proporcione confianza. Ninguna persona de la muestra oncológica considera que es poco importante. Importantísimo como vemos en la Figura 18, para el paciente oncológico que su médico le sugiera confianza.

Para el 55% de la muestra de sujetos crónicos es muy importante que el médico le proporcione confianza, el 35% opina que es bastante importante este aspecto, el 3% opina que es poco importante que el médico le proporcione confianza. El sujeto crónico como vemos aunque le es relevante en su mayor parte, existe un pequeño porcentaje que no lo consideran tan importante en la relación médico-paciente.

El 54% de los sujetos con enfermedad aguda consideran que es muy importante este aspecto, el 31% consideran que es bastante importante y el 3% consideran que es poco importante. Como se aprecia en la Figura 18, para el paciente agudo es interesante que el médico les de confianza, y un pequeñísimo porcentaje no lo cree relevante.



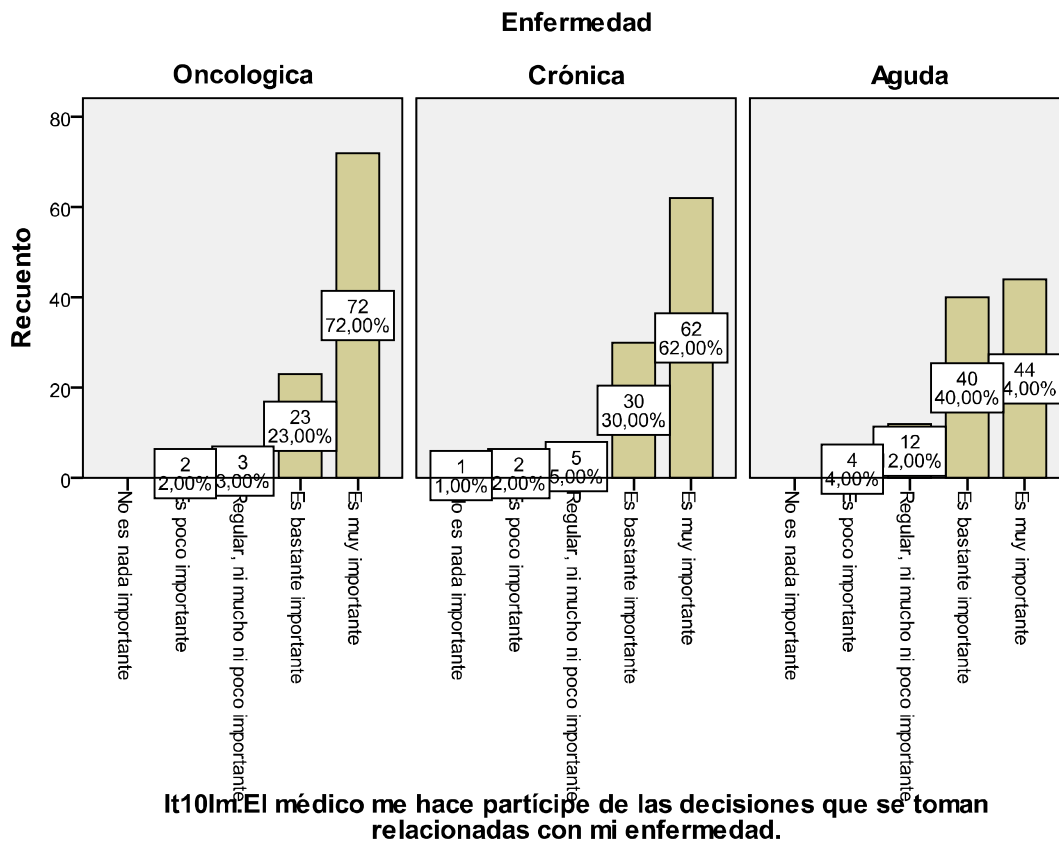
**Figura 19. Cuestionario de Comunicación. Ítem 10 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 41% de los sujetos con patología oncológica opina que siempre el médico le hace partícipe de las decisiones que se tomen en relación con su enfermedad, el 32% opina que casi siempre sucede esto, y el 8% de estos sujetos opina que nunca se produce esta situación en la comunicación. Relevante como puede verse en la figura 19 cómo el paciente oncológico percibe que su médico le implica en el tratamiento.

En los sujetos crónicos el 30% opina que siempre, y el 28% que casi siempre sucede esta situación comunicativa, el 21% opina que bastantes veces y el 11% que nunca se produce. El paciente crónico como se observa en la Figura 19, aprecia que su médico le implica no siempre sino bastantes veces, casi siempre e incluso no se siente implicado en un 11%.

En los sujetos agudos del 30% opina que siempre se produce este aspecto en la comunicación, el 35% opina que casi siempre y el 7% que nunca se presta atención en este aspecto en la comunicación. El paciente agudo como se ve en la Figura 19, se siente implicado en un mayor porcentaje en su tratamiento.



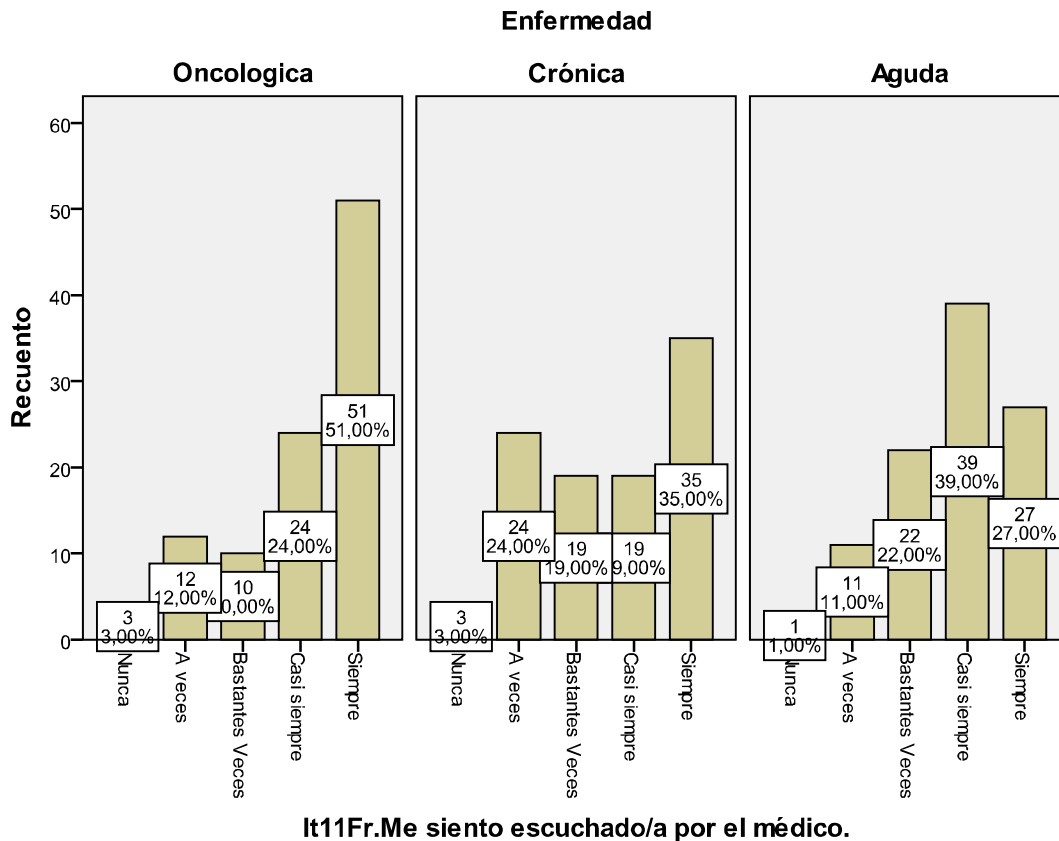


**Figura 20. Cuestionario de Comunicación. Ítem 10 Importancia según Tipos de enfermedad.**

Para el 72% de los sujetos con enfermedad oncológica es muy importante que el médico le haga partícipe de las decisiones que se tomen en relación a su enfermedad. Para el 23% este aspecto es bastante importante. No hay ningún sujeto que opine que este aspecto no es nada importante. Este aspecto de implicación en el tratamiento y ser parte activa en él, es muy relevante para el paciente oncológico como puede verse en la Figura 20.

En los sujetos crónicos el 62% opina que es muy importante, el 30% que es bastante importante y el 1% opina que no es nada importante. En pacientes crónicos es considerado de utilidad que se le haga partícipe en su tratamiento.

En los sujetos con patología aguda el 44% opina que este aspecto es muy importante, para el 40% es bastante importante y no hay ningún sujeto que opine que este aspecto no es nada importante. En los sujetos con patología aguda como vemos en la figura 20, este aspecto de coparticipación en su tratamiento es relevante pero existe algún porcentaje de pacientes agudos que no lo consideran como tal.

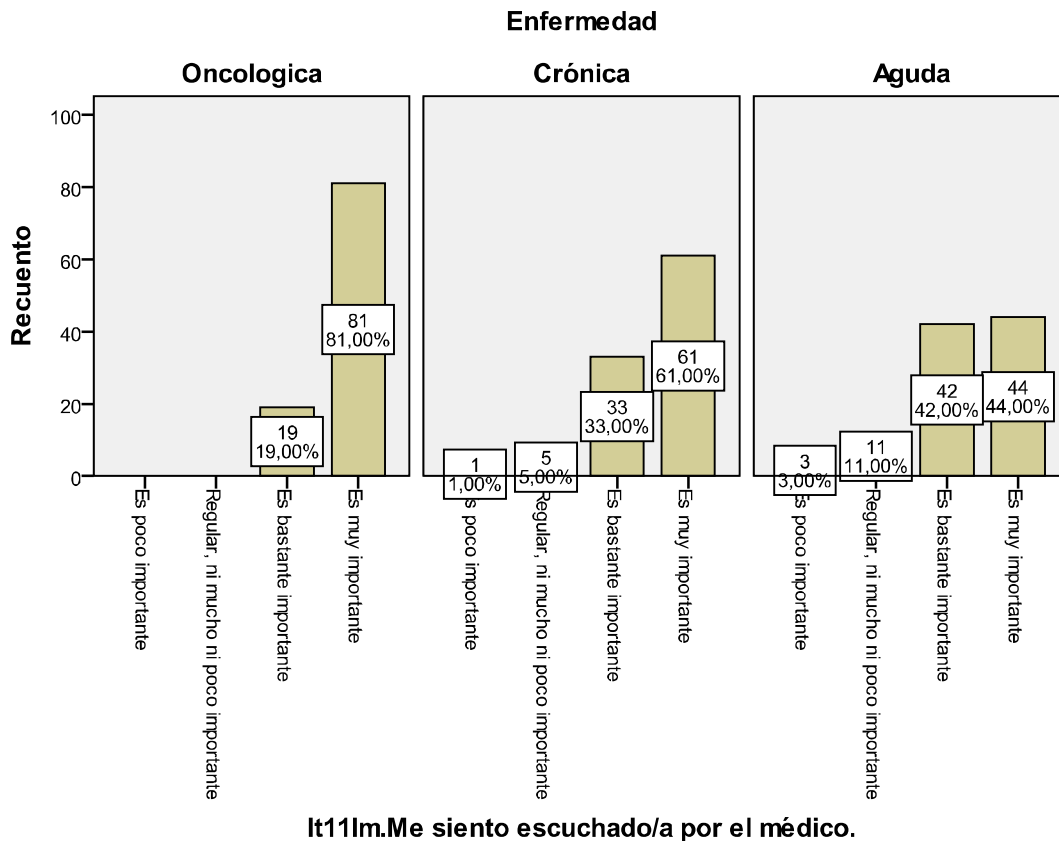


**Figura 21. Cuestionario de Comunicación. Ítem 11 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 51% de los sujetos oncológicos se sienten escuchados por el médico, el 24% opina que esto es así casi siempre y un 3% opina que esto no sucede nunca. Como se ve en la Figura 21, los sujetos oncológicos se perciben escuchados por su médico, este aspecto en la comunicación es relevante y crucial para la comunicación.

El 35% de los sujetos con enfermedad crónica opina que siempre se sienten escuchados por el médico, el 24% a veces, y el 19% casi siempre y bastantes veces, siendo un 3% quienes nunca notan que suceda esto. Los sujetos crónicos aunque perciben esta escucha activa del médico, se observa en la Figura 21, que un porcentaje importante de sujetos con enfermedad crónica no lo siente así.

El 39% de los sujetos con patología aguda se observa que casi siempre se sienten escuchados por el médico, el 27% siempre, el 22% bastantes veces y el 1% nunca perciben esta situación. Estos sujetos como observamos en la Figura 21, son los que se sienten en mayor porcentaje escuchados por su médico, aunque la relación terapéutica haya sido más corta.



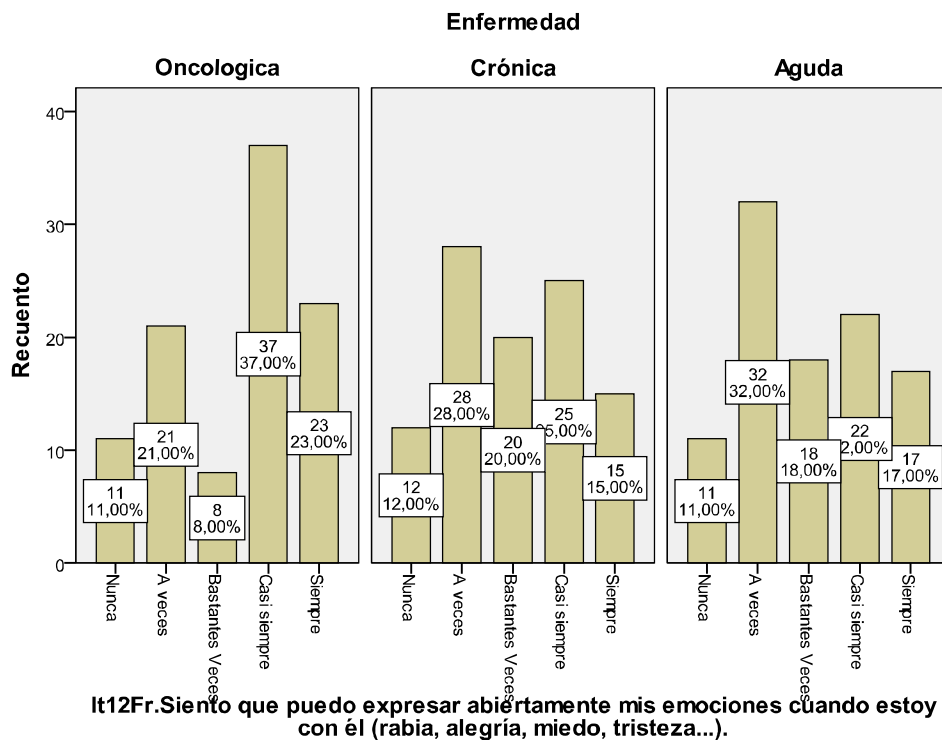
**Figura 22. Cuestionario de Comunicación. Ítem 11 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 81% de los sujetos con patología oncológica perciben que es muy importante sentirse escuchados por el médico y para el 19% es bastante importante. No hay ningún sujeto que considere que esta situación es poco importante. Es ver la Figura 22, y se aprecia cómo son los sujetos oncológicos los que más valor dan el sentirse escuchados por su médico.

El 61% de los sujetos con patología crónica consideran que es muy importante esta situación en la relación médico-paciente, el 33% considera que es bastante importante y tan solo un 1% considera que es poco importante este aspecto en la comunicación. En estos sujetos crónicos como apreciamos dan relevancia a este aspecto en la comunicación, existiendo un grupo de pacientes que no lo considera ni mucho ni poco importante a pesar de una relación continuada con el médico.

En los sujetos con patología aguda consideran en un 44% que este aspecto es muy importante, el 42% comenta que es bastante importante y un 3% opina que es poco importante en la relación comunicativa. En estos sujetos agudos aunque se observa en

la Figura 22, su considerable relevancia, existe un pequeño porcentaje que no lo tiene en cuenta en la relación con el médico en la Consulta.



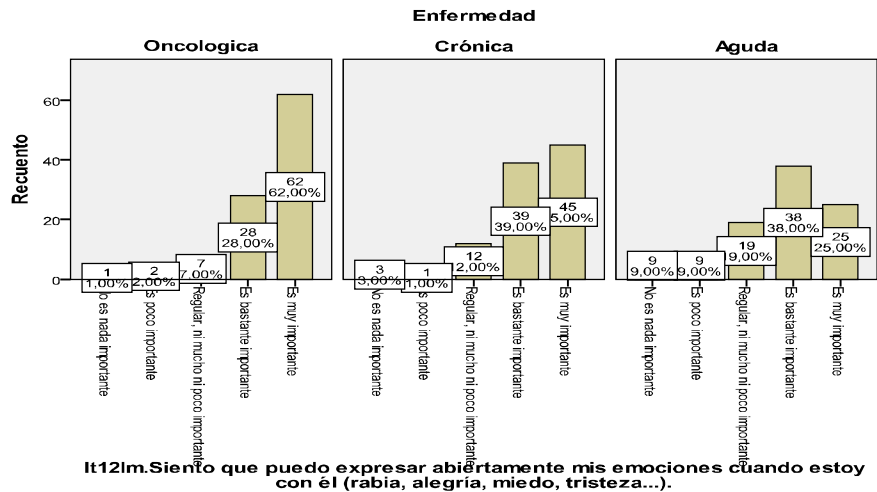
**Figura 23. Cuestionario de Comunicación. Ítem 12 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 37% de los sujetos oncológicos opinan que casi siempre se sienten que pueden expresar abiertamente sus emociones cuando está con el médico, el 23% opina que esto se produce casi siempre, el 21% a veces y el 11% nunca. Para el enfermo oncológico podemos ver en la Figura 23, que es relevante sentir con frecuencia que puede liberar sus emociones con su médico, es importante tener en cuenta que un porcentaje menor no lo siente así, a pesar de la atención prestada por el médico.

El 28% de los sujetos con patología crónica comenta que esta situación sucede a veces, el 25% casi siempre, el 20% bastantes veces, el 15% siempre y el 12% nunca. Los sujetos crónicos que vemos en la Figura 23, sienten esta situación a lo largo de su enfermedad en un porcentaje no muy elevado siempre o casi siempre, pero lo más frecuente es a veces, como algo ocasional no como algo percibido por el paciente de forma sistemática.

En los sujetos con enfermedad aguda el 32% considera que a veces se produce esta situación, el 22% casi siempre, el 18% bastantes veces, el 17% siempre y el 11%

nunca. Estos sujetos de tipo agudo perciben la frecuencia de este aspecto en la comunicación como algo ocasional como podemos observar en la Figura 23, y no como formando parte exclusiva de la relación médico-paciente.

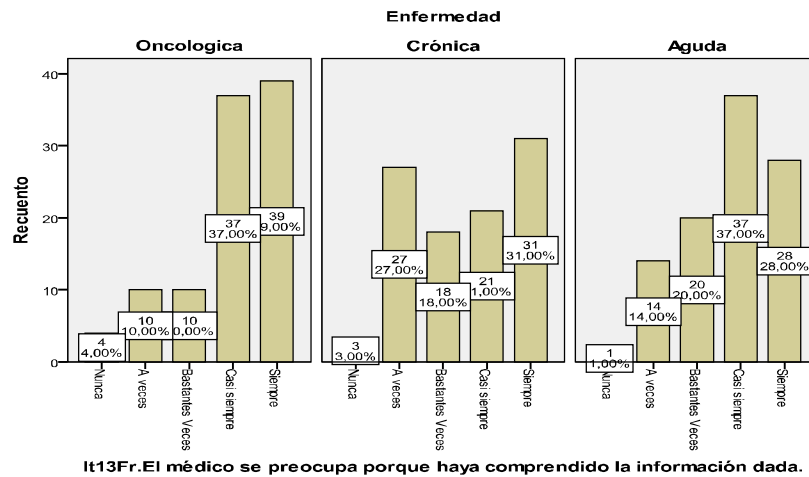


**Figura 24. Cuestionario de Comunicación. Ítem 12 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 62% de los sujetos con patología oncológica considera que es muy importante que pueda expresar sus emociones cuando está con el médico. Para el 28% es bastante importante y para un 1% no es nada importante. Podemos notar en la Figura 24, que este aspecto es muy relevante en la relación médico-paciente, son emociones muy presentes en la enfermedad oncológica y el paciente precisa expresarlas con quien le atiende en su patología, en este estudio el paciente oncológico lo siente así.

En los sujetos con enfermedad crónica se observa que es muy importante para el 45% de los sujetos de la muestra, y el 39% considera que es bastante importante. Para el 3% no es nada importante. Así, observamos que el sujeto crónico vive con interés este aspecto y para casi la mitad de la muestra de crónicos lo considera de esta forma como vemos en la Figura 24.

En los sujetos con enfermedad aguda el 38% considera que es bastante importante que el sujeto pueda expresarle al médico sus emociones, Para el 25% es muy importante y para el 19% no es ni mucho ni poco importante. El 9% de esta muestra opina que no es nada importante. En los sujetos agudos, como observamos en la Figura 24, el porcentaje de vivencia de este sentimiento aunque es relevante podemos ver que hay sujetos que lo consideran como neutro en una relación terapéutica, o incluso que no es importante.

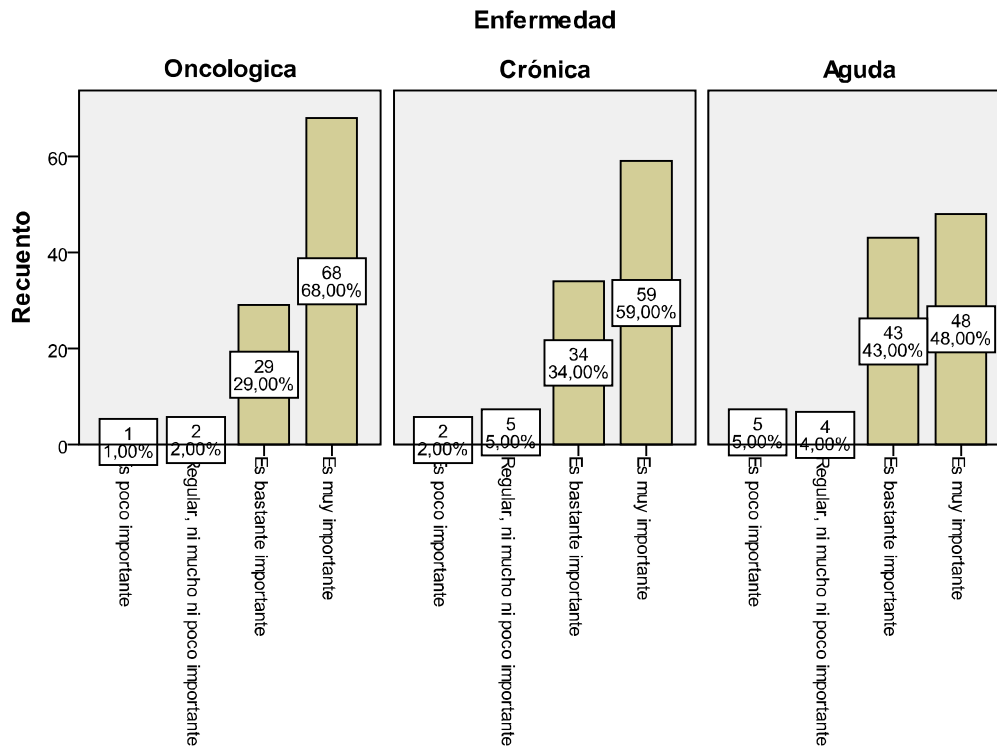


**Figura 25. Cuestionario de Comunicación. Ítem 13 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 39% de los sujetos oncológicos opina que siempre el médico se preocupa porque haya comprendido la información dada. El 37% opina que esto es así casi siempre y el 4% opina que nunca se produce esta situación. Como vemos en la Figura 25, es muy frecuente en el paciente oncológico que el médico está atento al seguimiento y a la comprensión de lo que le informa.

El 31% de los sujetos con enfermedad crónica opina que siempre el médico se preocupa por este aspecto, el 27% a veces, el 21% casi siempre, el 18% bastantes veces y el 3% nunca. En estos pacientes crónicos es frecuente esta preocupación por su médico en esta relación de adaptación a la enfermedad, pero se observa en la Figura 25, que la respuesta a veces, es muy frecuente, como si se relajara la relación con el tiempo.

El 37% de los sujetos con enfermedad aguda opina que casi siempre el médico se preocupa porque haya comprendido la información, el 28% siempre, el 20% bastantes veces, el 14% a veces y el 1% nunca. El sujeto agudo vive frecuentemente la situación de asegurar al médico la comprensión de lo que informa como puede verse en la Figura 25.



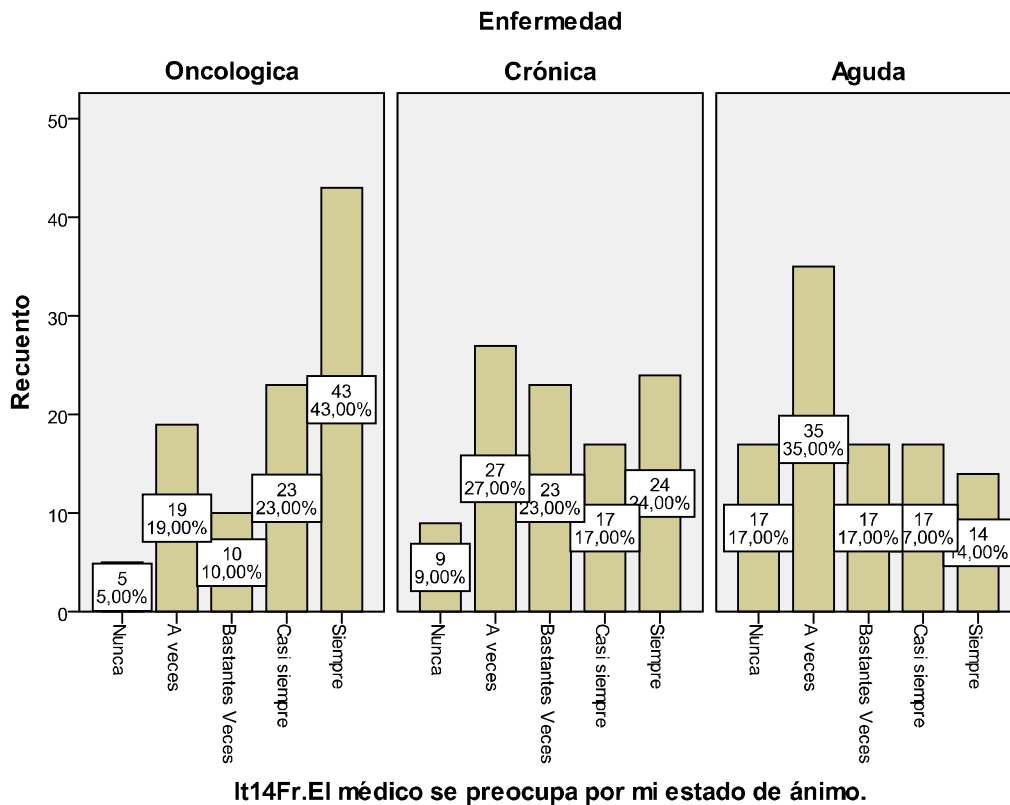
**It13lm.El médico se preocupa porque haya comprendido la información dada.**

**Figura 26. Cuestionario de Comunicación. Ítem 13 Importancia según Tipos de enfermedad.**

Para el 68% de la muestra de sujetos oncológicos es muy importante este aspecto de la comunicación, y para el 29% es bastante importante. Es poco importante para el 1%. Como vemos en la Figura 26, es relevante para el paciente oncológico sentir que el profesional se preocupa de él entienda lo que le explica en torno a su enfermedad y tratamientos.

Para el 59% de los sujetos con enfermedad crónica es muy importante esta situación en la relación médico-paciente, y para el 34% es bastante importante. Es poco importante para el 2%. Muy interesante para el paciente crónico que el médico se preocupe en este aspecto dada la continuidad de tratamientos y adaptación a la enfermedad como en la Figura 26 apreciamos.

Para el 48% de los sujetos con enfermedad aguda es muy importante esta situación, para el 43% es bastante importante, y para el 5% es poco importante. Valiosa la importancia que considera el grupo de agudos en cuanto a este aspecto de que el médico se asegure de que el paciente comprenda la información como puede verse en la Figura 26.



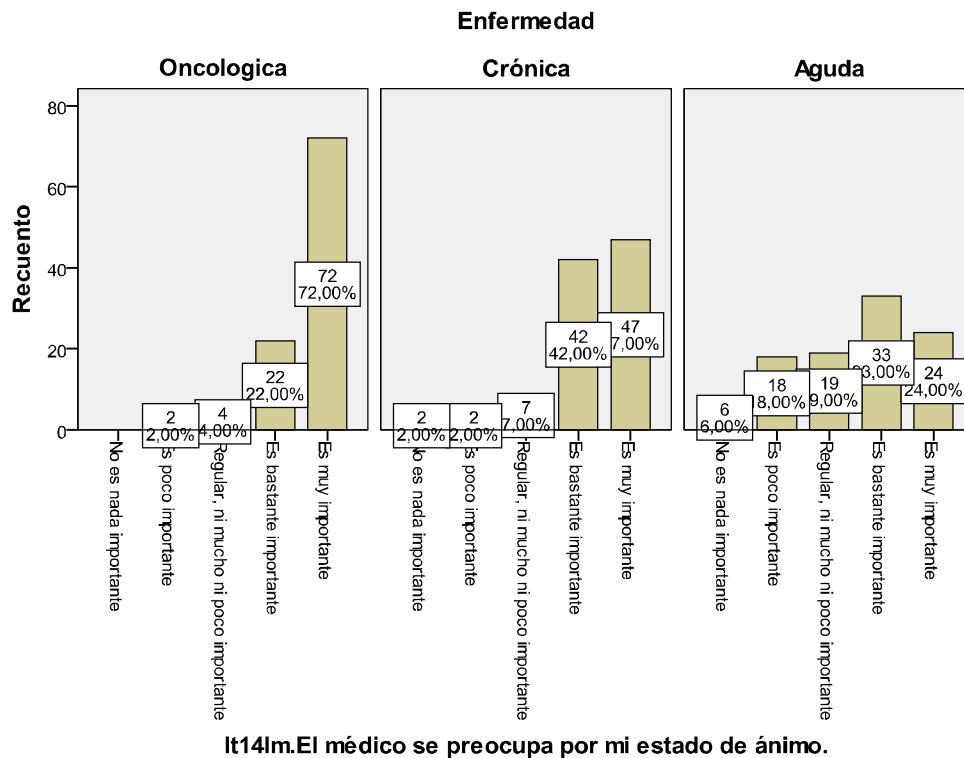
**Figura 27. Cuestionario de Comunicación. Ítem 14 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 43% de los sujetos oncológicos opinan que siempre el médico se preocupa por su estado de ánimo. El 23% opina que casi siempre, el 19% a veces y un 5% opina que nunca se preocupa por su estado de ánimo. Los pacientes oncológicos como puede verse en la Figura 27, frecuentemente perciben que el médico se preocupa por su ánimo, es muy importante que esto se produzca para afianzar la relación comunicativa.

El 27% de los sujetos con patología crónica nos comunica que a veces el médico se preocupa por su estado de ánimo, el 24% siempre, el 23% bastantes veces, el 17% casi siempre y el 9% nunca. La respuesta del grupo crónico como puede verse en la Figura 27, es más dispersa, responden que la frecuencia puede ser de índole ocasional e incluso nunca.

El 35% de los sujetos con patología aguda comenta que a veces el médico se preocupa por su estado de ánimo, el 17% nunca, casi siempre, y bastantes veces respectivamente, y el 14% siempre. En estos sujetos agudos como apreciamos en la Figura 27, es a veces, ocasionalmente cuando este aspecto es percibido por el paciente agudo, e incluso nunca lo perciben en un 17%.



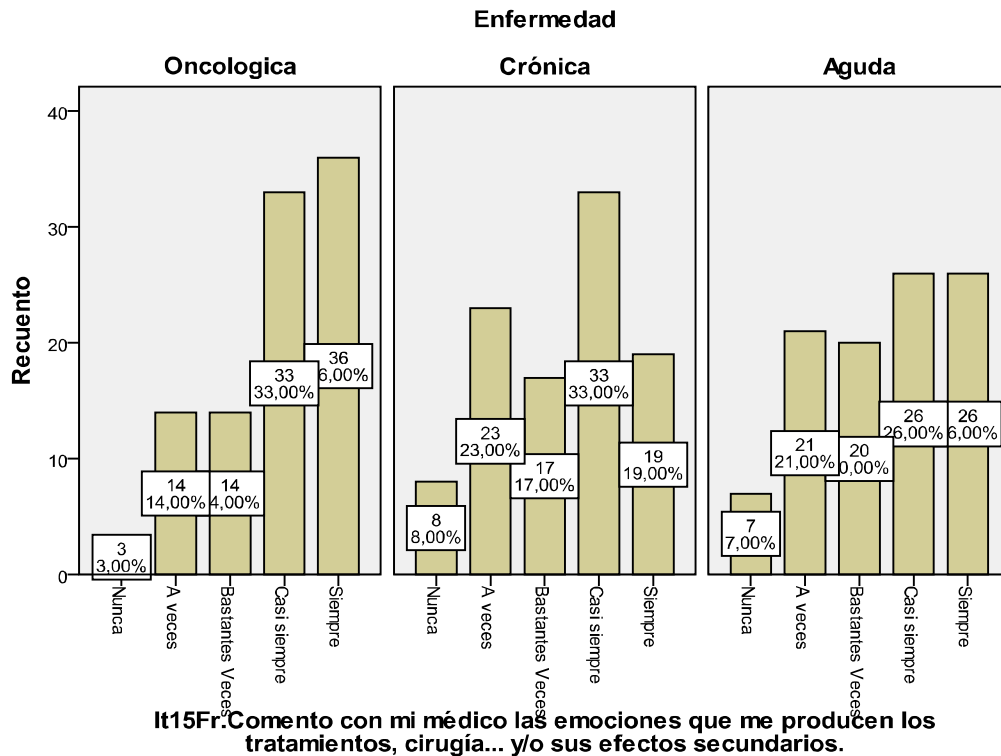


**Figura 28. Cuestionario de Comunicación. Ítem 14 Importancia según Tipos de enfermedad.**

Para el 72% de los sujetos con patología oncológica es muy importante que el médico se preocupe por su estado de ánimo, para el 22% es bastante importante. No hay ningún sujeto con patología oncológica que piense que esta situación no es nada importante. Muy relevante este aspecto para el paciente oncológico como podemos ver en la Figura 28.

Para el 47% de los sujetos con patología crónica es muy importante esta situación, y para el 42% es bastante importante. Para un 2% no es nada importante. Relevante para el paciente crónico como apreciamos en la Figura 28, que el médico se preocupe por su estado anímico y no sólo físico.

Para el 33% de los sujetos es bastante importante que el médico se preocupe por su estado de ánimo, para el 24% es muy importante, para el 19% no es ni mucho ni poco importante, para el 18% es poco importante y para el 6% no es nada importante esta situación en la consulta. Para este grupo de pacientes agudos la respuesta de importancia de este aspecto comunicativo es muy dispersa como puede verse en la Figura 28, de tal modo que incluso para un pequeño porcentaje no es nada importante(6%).



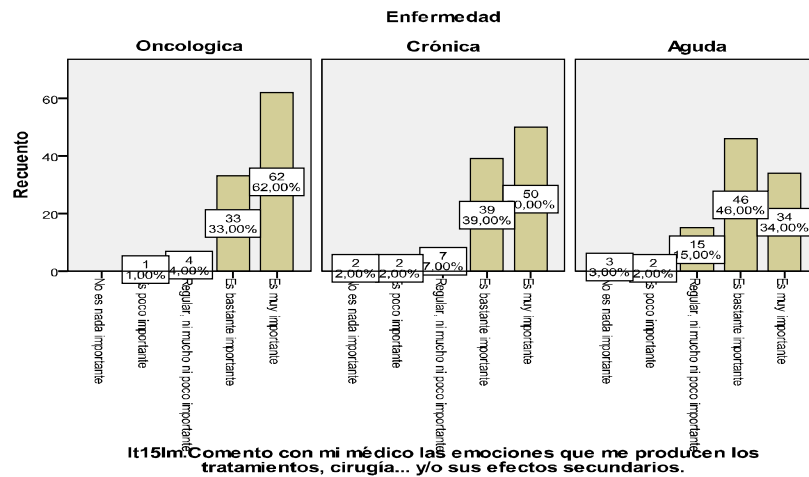
**Figura 29. Cuestionario de Comunicación. Ítem 15 Frecuencia según Tipos de enfermedad.**

El 36% de los sujetos con patología oncológica siempre comenta con su médico las emociones que le producen los tratamientos, el 33% así lo hace casi siempre, el 14% bastantes veces y a veces respectivamente, y un 3% comenta que nunca se produce esta situación. En estos pacientes oncológicos podemos apreciar al observar la Figura 29, que es frecuente comentar lo que le sucede con los tratamientos, estos tratamientos oncológicos suelen ser intensos y muchas veces con secuelas tanto físicas como psíquicas.

El 33% de los sujetos con patología crónica opina que casi siempre se produce esta situación de comentarle las emociones al médico tras el tratamiento, el 23% lo realiza así a veces, el 19% siempre, el 17% bastantes veces y el 8% nunca. En estos sujetos crónicos como vemos en la Figura 29, la respuesta se dispersa hasta en frecuencia ocasional e incluso nunca, tal vez sea porque los tratamientos son menos complejos, menos agresivos y más cotidianos.

El 26% de los sujetos con enfermedad aguda siempre y casi siempre respectivamente comentan con su médico las emociones que le producen los tratamientos que reciben, el 21% a veces, el 20% bastantes veces y el 7% nunca. Los

sujetos agudos con relativa frecuencia comentan lo que sienten con los tratamientos que reciben e incluso nunca como puede verse en la Figura 29.



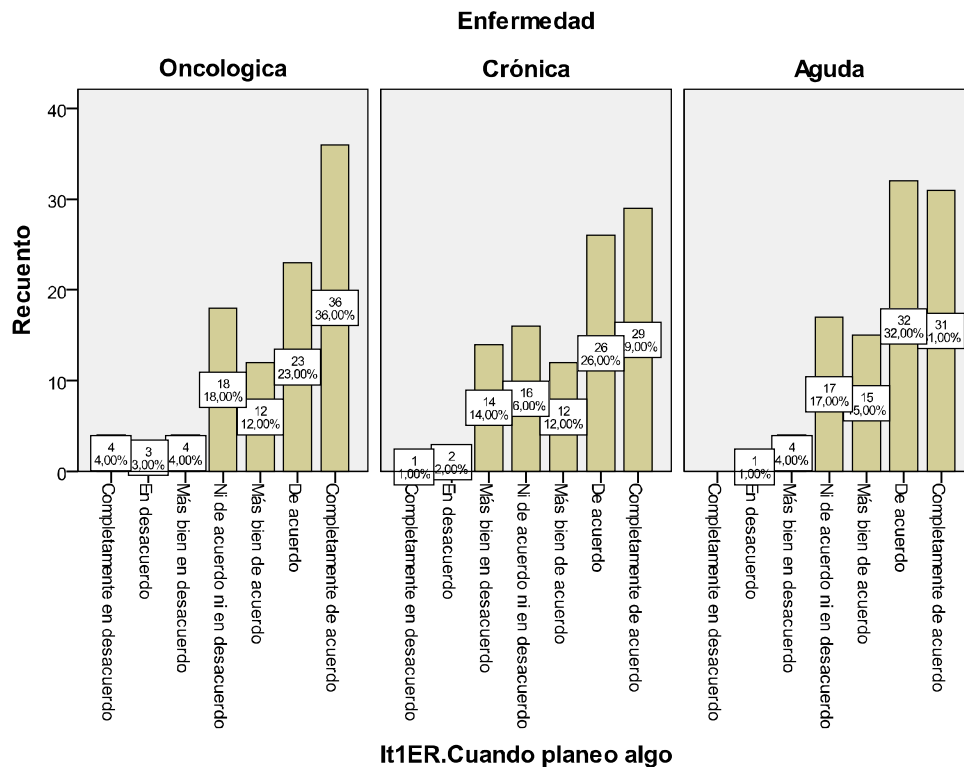
**Figura 30. Cuestionario de Comunicación. Ítem 15 Importancia según Tipos de enfermedad.**

El 62% de los sujetos oncológicos opinan que es muy importante comentar con su médico las emociones que le producen los tratamientos, el 33% consideran que es bastante importante. No hay ningún sujeto de la muestra que opine que no es nada importante en la relación médico-paciente. En este grupo de oncológicos podemos apreciar en la Figura 30, que es francamente relevante comentar emocionalmente con su médico lo que le está pasando con los tratamientos que le otorgan.

El 50% de la muestra de sujetos con patología crónica opina que es muy importante este aspecto en la relación médico-paciente, para el 39% es bastante importante, y no es nada importante para el 2%. También se aprecia en estos pacientes crónicos en la Figura 30, que es relevante comentar las sensaciones o emociones que le producen los tratamientos que les hacen.

Para el 46% de los sujetos con enfermedad aguda es bastante importante comentar con el médico las emociones que le producen los tratamientos y sus efectos secundarios. Para el 34% es muy importante este aspecto, para el 15% no es ni mucho ni poco importante y no es nada importante para el 3%. En estos pacientes agudos observamos en la Figura 30, que aunque es bastante relevante para un elevado porcentaje comentar aspectos más emocionales que le pueden producir los tratamientos, hay pacientes agudos que no lo consideran así.

## II.2.2.- Datos aportados por los ítems del Cuestionario de Resiliencia



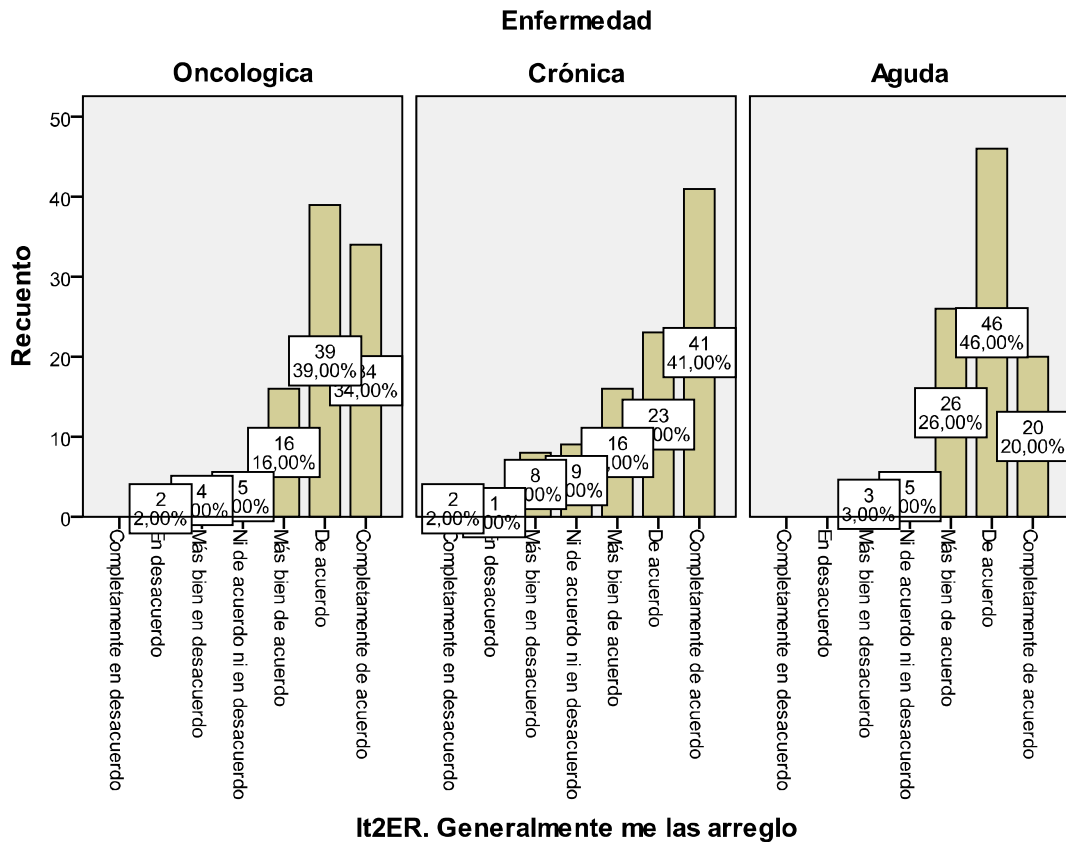
**Figura 31. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 1**

Ante la situación “**Cuando planeo algo lo realizo**” tal y como vemos en la Figura 31, los sujetos oncológicos en un 36% comunican que están completamente de acuerdo, el 23% de acuerdo, el 18% ni de acuerdo ni en desacuerdo con esa afirmación, un 12% más bien de acuerdo y un 4% completamente en desacuerdo con esa situación.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 29% están completamente de acuerdo con esa afirmación, un 26% están de acuerdo, un 12% más bien de acuerdo, un 14% más bien en desacuerdo y un 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 31% que están completamente con esta afirmación, el 32% de acuerdo, el 15% más bien de acuerdo, el 17% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 1% en desacuerdo.

En los tres grupos de pacientes ante la afirmación “**Cuando planeo algo lo realizo**” como podemos ver en la Figura 31, responden mayoritariamente que están completamente de acuerdo que así lo hacen y llevan a cabo sus actividades.



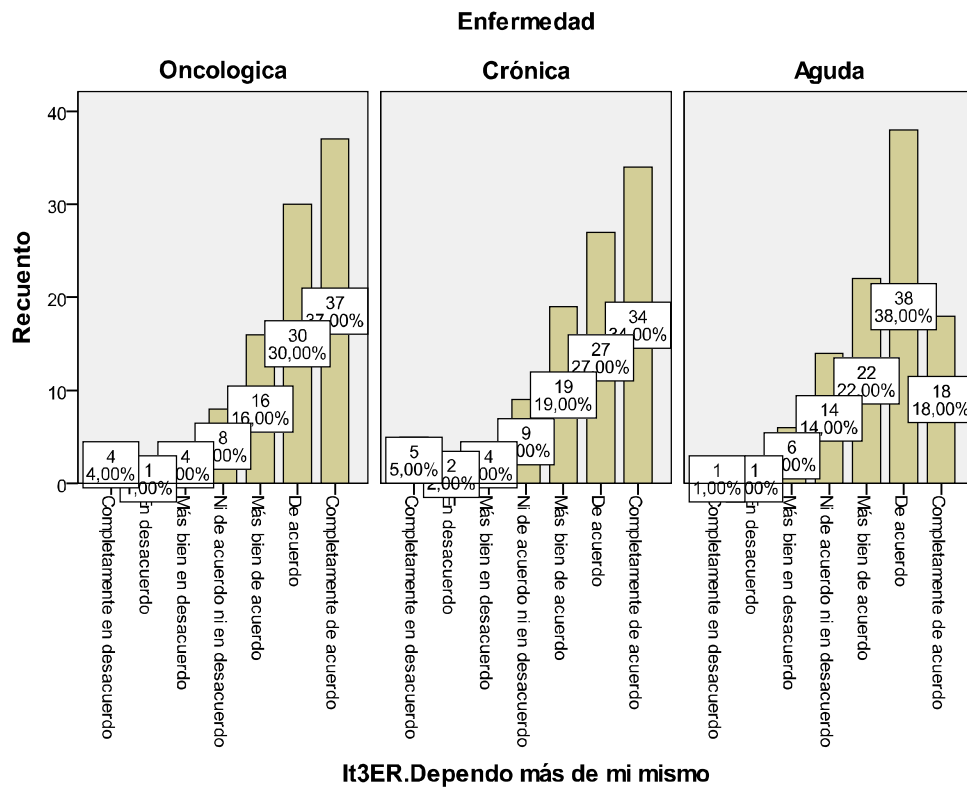
**Figura 32. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 2**

El 39% de los sujetos con enfermedad oncológica como se aprecia en la Figura 32, opinan que están de acuerdo con esta afirmación “**Generalmente me las arreglo de una manera u otra**”, el 34% están completamente de acuerdo, el 16% más bien de acuerdo, un 2% está en desacuerdo con esa afirmación. No existe ningún sujeto en desacuerdo con esta afirmación.

El 41% de los sujetos con enfermedad crónica opinan que están completamente de acuerdo con esta afirmación, el 23% están de acuerdo, el 16% más bien de acuerdo y un 2% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda están el 46% de acuerdo con esta afirmación, el 26% más bien de acuerdo, el 20% completamente de acuerdo, el 3% más bien de acuerdo y no existe ningún sujeto en desacuerdo con esta situación.

Ante la frase “Generalmente me las arreglo de una manera u otra”, la respuesta tiende a ser cómo podemos observar de acuerdo y completamente de acuerdo. Suele ser respuesta más de acuerdo en el grupo de oncológicos que en el grupo de agudos que su respuesta ante esta pregunta es más elevada de acuerdo.



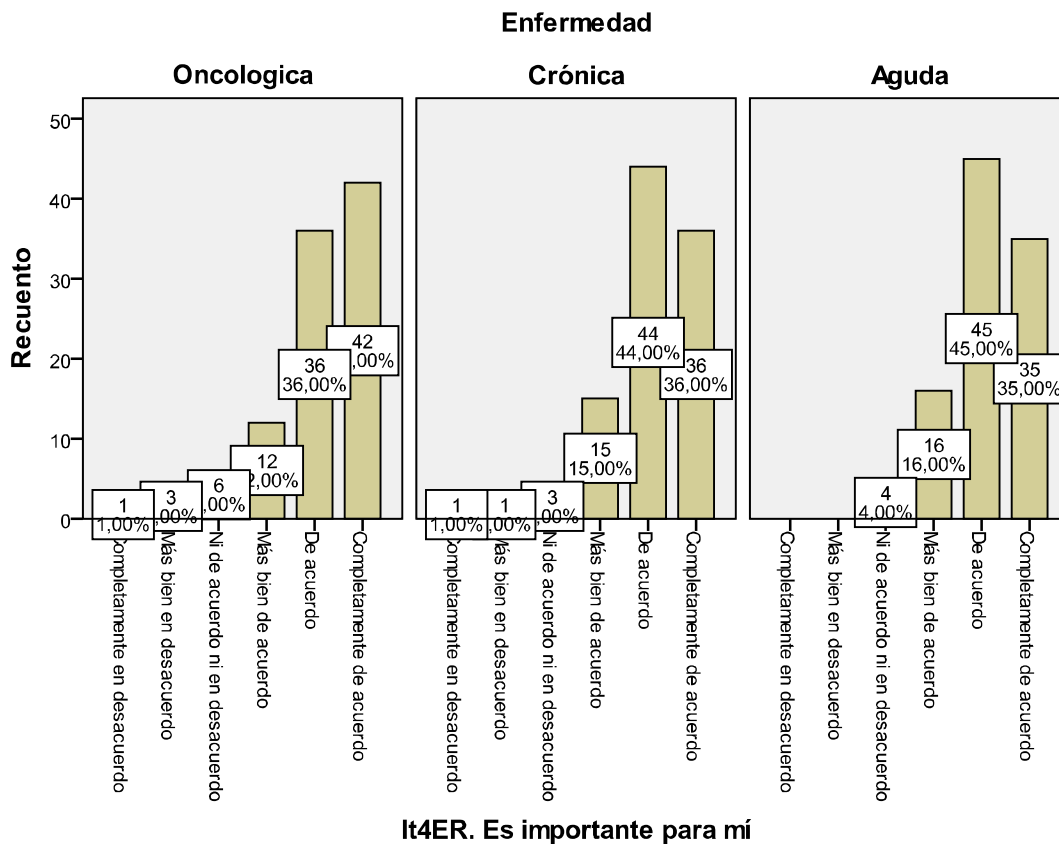
**Figura 33. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 3**

Ante la afirmación de **”Dependo más de mi mismo que de otras personas”** los sujetos oncológicos en un 37% están completamente de acuerdo con esa afirmación, el 30% de acuerdo, el 16% más bien de acuerdo, el 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 4% están completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica están el 34% completamente de acuerdo con esta afirmación, el 27% de acuerdo, el 19% más bien de acuerdo y el 5% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda afirman están de acuerdo en un 38% con esta afirmación, el 18% están completamente de acuerdo, el 22% más bien de acuerdo, el 14% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 1% completamente en desacuerdo.

Ante la aseveración **”Dependo más de mi mismo que de otras personas”** las respuestas más frecuentes como podemos ver en la Figura 33, son completamente de acuerdo y de acuerdo en todos los grupos, aunque en el grupo de agudos responden con esa independencia solo con de acuerdo.



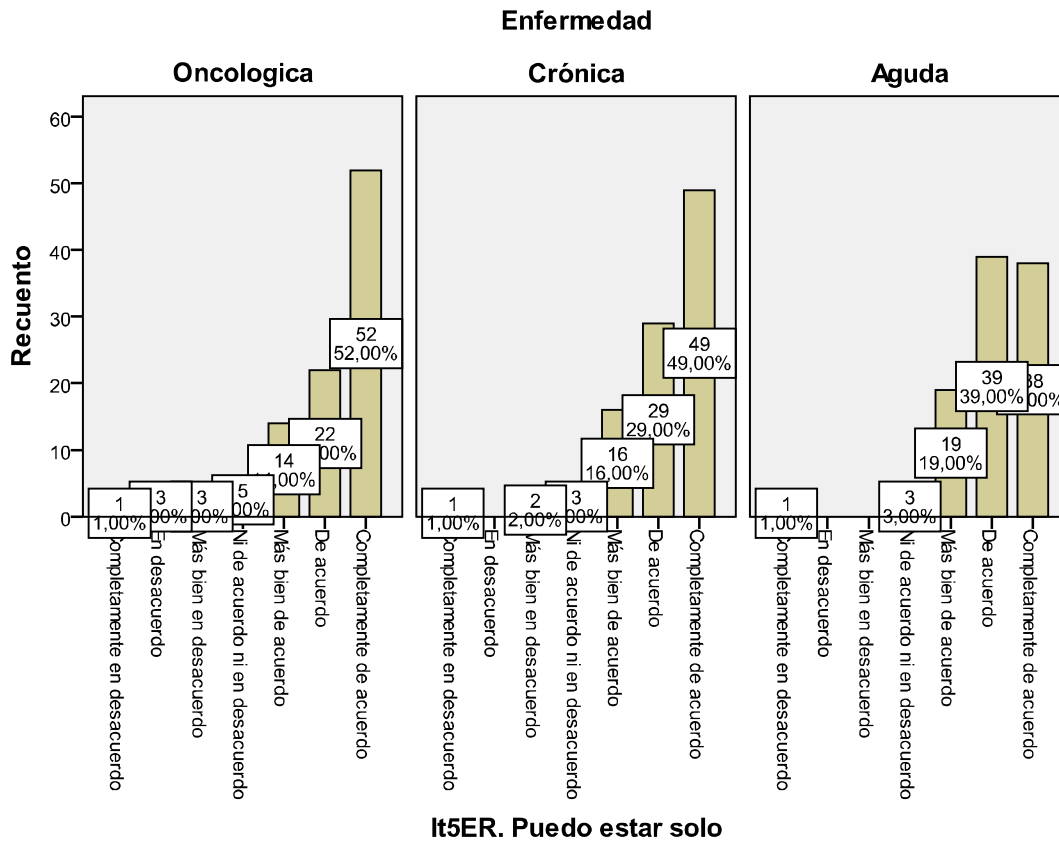
**Figura 34. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 4**

Ante la frase “**Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas**” los sujetos oncológicos en un 42% afirman estar completamente de acuerdo con esta frase, el 36% de acuerdo, el 125 más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con patología crónica opinan un 44% estar de acuerdo con esta frase, el 365 están completamente de acuerdo, el 15% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda en un 45% opinan estar de acuerdo con esta frase, el 35% están completamente de acuerdo, el 16% más bien de acuerdo. No existe ningún sujeto con enfermedad aguda que esté completamente en desacuerdo con esta afirmación.

Ante la frase “**Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas**” podemos ver observando la Figura 34, que todos los grupos de enfermedad están completamente de acuerdo con ella respecto a ellos.



**Figura 35. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 5**

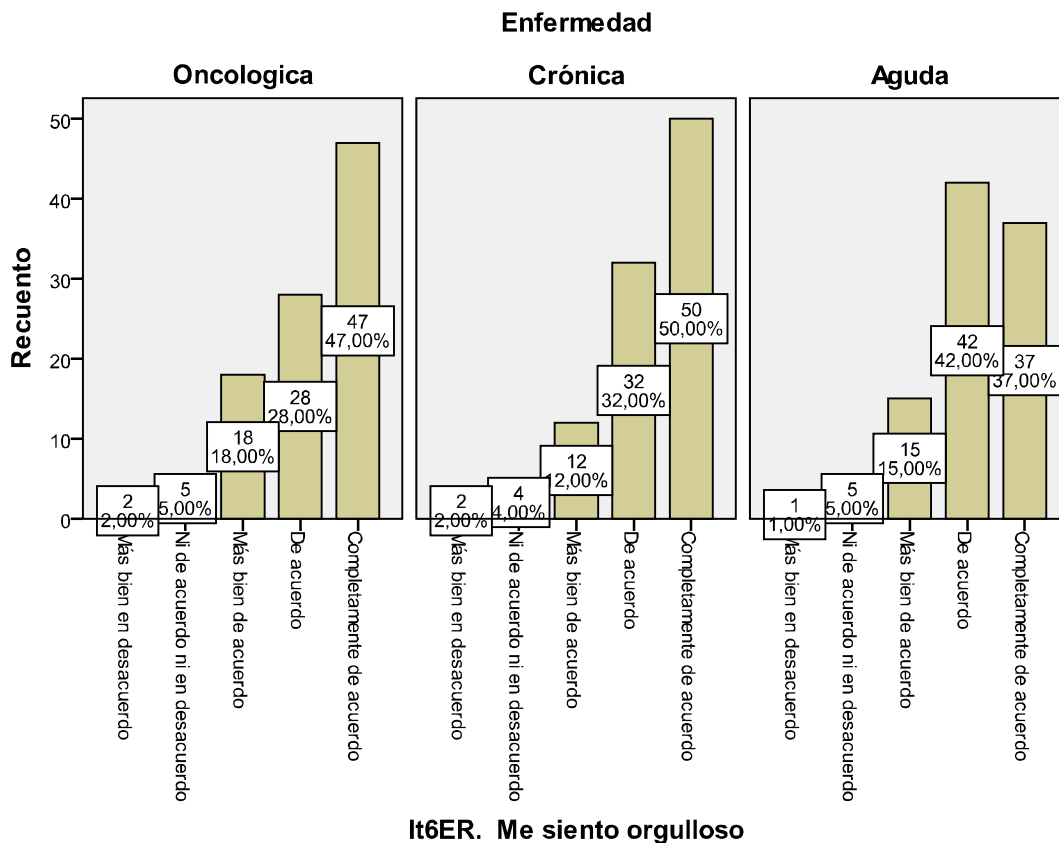
Ante la frase **“Puedo estar solo si tengo que hacerlo”** los sujetos oncológicos en un 52% opinan estar completamente de acuerdo con esta afirmación, el 22% están de acuerdo, el 14% más bien de acuerdo y un 1% están completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 49% están completamente de acuerdo con esta afirmación, el 29% están de acuerdo, el 16% más bien de acuerdo y el 1% están completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda en un 39% están de acuerdo con esta frase, el 38% están completamente de acuerdo, el 19% más bien de acuerdo y el 1% están completamente en desacuerdo.

Ante la aseveración **“Puedo estar solo si tengo que hacerlo”** podemos ver en la Figura 35, que todos los grupos responden completamente de acuerdo y de acuerdo, siendo en el grupo de oncológicos el mayor porcentaje en estar completamente de acuerdo.





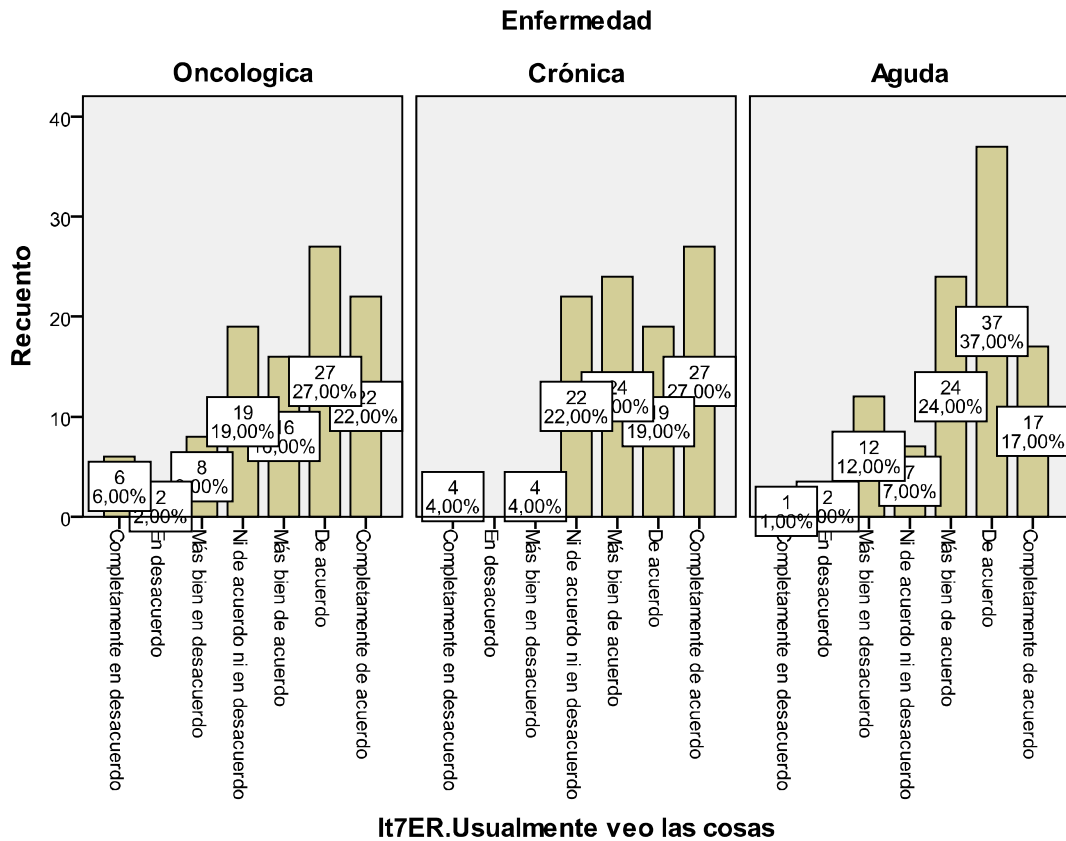
**Figura 36. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 6**

Ante la frase “**Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida**” el grupo de sujetos oncológicos el 47% están completamente de acuerdo con esta frase, el 28% están de acuerdo, el 18% están más bien de acuerdo y un 2% están más bien en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad oncológica en un 50% están completamente de acuerdo con esta frase, el 32% están de acuerdo, el 12% están más bien de acuerdo y el 2% están más bien en desacuerdo con la frase.

Los sujetos con enfermedad aguda están en un 37% completamente de acuerdo con esta frase, el 42% están de acuerdo, el 15% más bien de acuerdo y el 15% más bien en desacuerdo.

En los tres grupos de enfermedad ante la frase “**Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida**” responden mayoritariamente como puede verse en la Figura 36, estar completamente de acuerdo y de acuerdo.



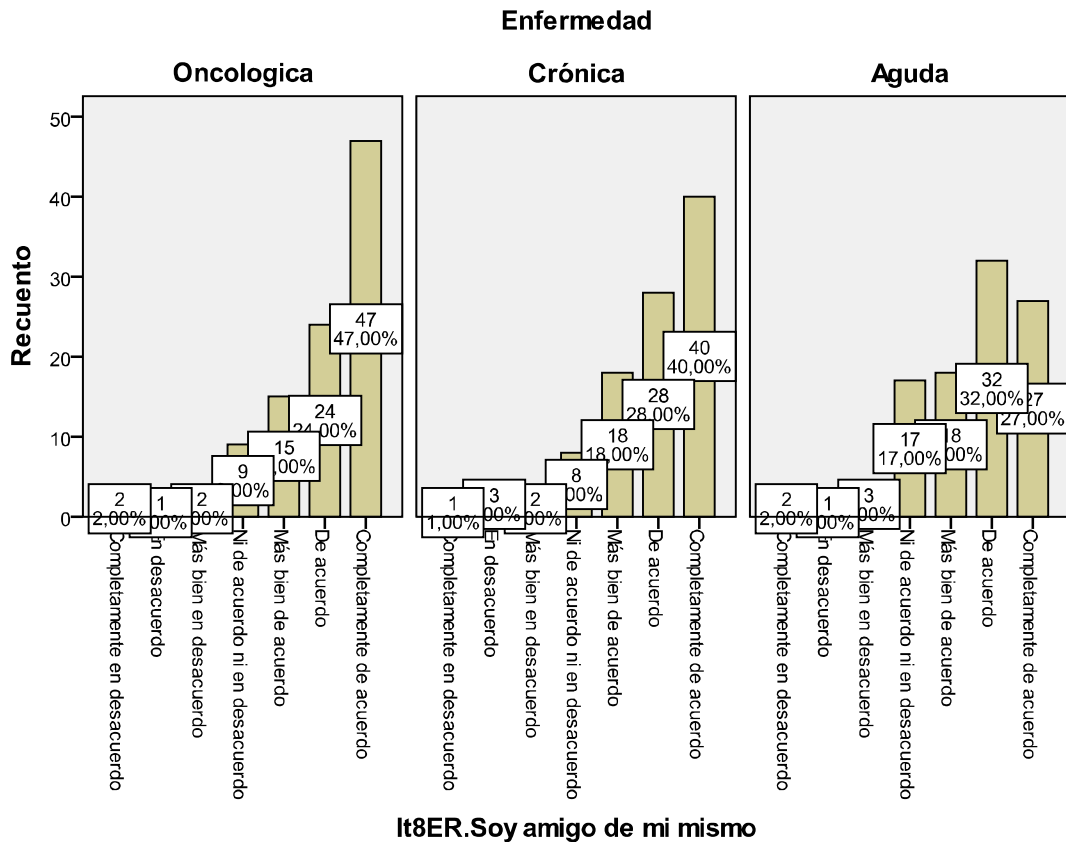
**Figura 37. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 7**

Los sujetos oncológicos ante la frase “Usualmente veo las cosas a largo plazo” el 27% opinan estar de acuerdo, el 22% están completamente de acuerdo, el 19% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 16% más bien de acuerdo y el 6% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 27% están completamente de acuerdo, el 24% más bien de acuerdo, el 22% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 19% de acuerdo y el 4% completamente en desacuerdo.

En los sujetos con enfermedad aguda el 37% está de acuerdo con esta frase, el 24% más bien de acuerdo, el 17% completamente de acuerdo, el 12% más bien en desacuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Ante la aseveración “Usualmente veo las cosas a largo plazo” todos los sujetos como puede apreciarse en la Figura 37, responden en su mayor parte estar completamente de acuerdo y de acuerdo, aunque son los agudos los que más responden simplemente de acuerdo y más bien en desacuerdo.



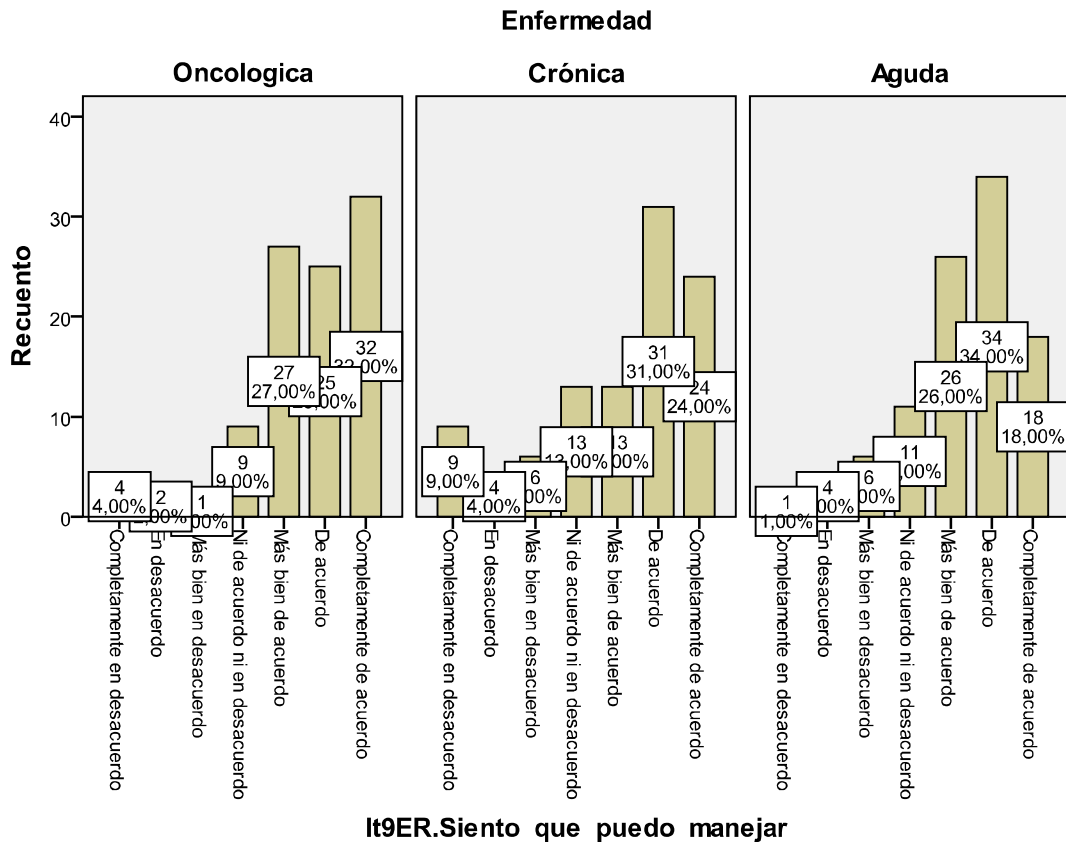
**Figura 38. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 8**

Ante la frase “**Soy amigo de mi mismo**” los sujetos con enfermedad oncológica en un 47% están completamente de acuerdo con esta frase, un 24% están de acuerdo, el 15% más bien de acuerdo y el 2% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica están en un 40% completamente de acuerdo con esta frase, el 28% están de acuerdo, el 18% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda están en un 32% de acuerdo con esta frase, el 27% están completamente de acuerdo, el 18% más bien de acuerdo, el 17% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% completamente en desacuerdo.

Ante la afirmación “**Soy amigo de mi mismo**” todos los grupos responden con un mayor porcentaje como puede verse en la Figura 38, completamente de acuerdo y de acuerdo. Los oncológicos son los que más completamente de acuerdo están en ser amigo de él mismo, y los agudos son los que tienen mayor porcentaje de ni de acuerdo ni desacuerdo.



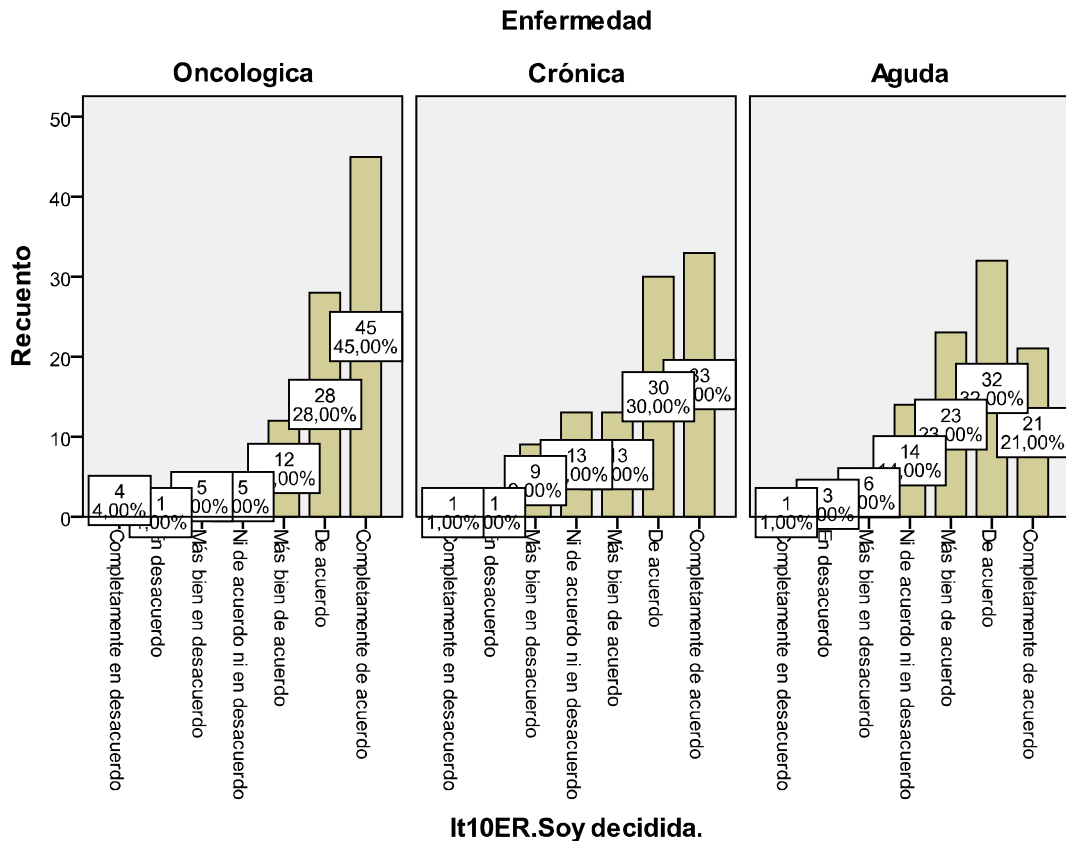
**Figura 39. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 9**

Ante la frase “**Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo**” los sujetos oncológicos opinan en un 32% estar completamente de acuerdo con esta frase, el 27% más bien de acuerdo, el 25% de acuerdo, y el 4% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 31% están de acuerdo con esta frase, el 24% completamente de acuerdo, el 13% más bien de acuerdo y el 9% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda el 34% están de acuerdo con la frase, el 26% más bien de acuerdo, el 18% completamente de acuerdo, y el 1% completamente en desacuerdo.

Todos los grupos ante la frase “Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo” como muestra la Figura 39, responden con un porcentaje mayor completamente de acuerdo y de acuerdo. Son los agudos los que sobresalen en responder de acuerdo.



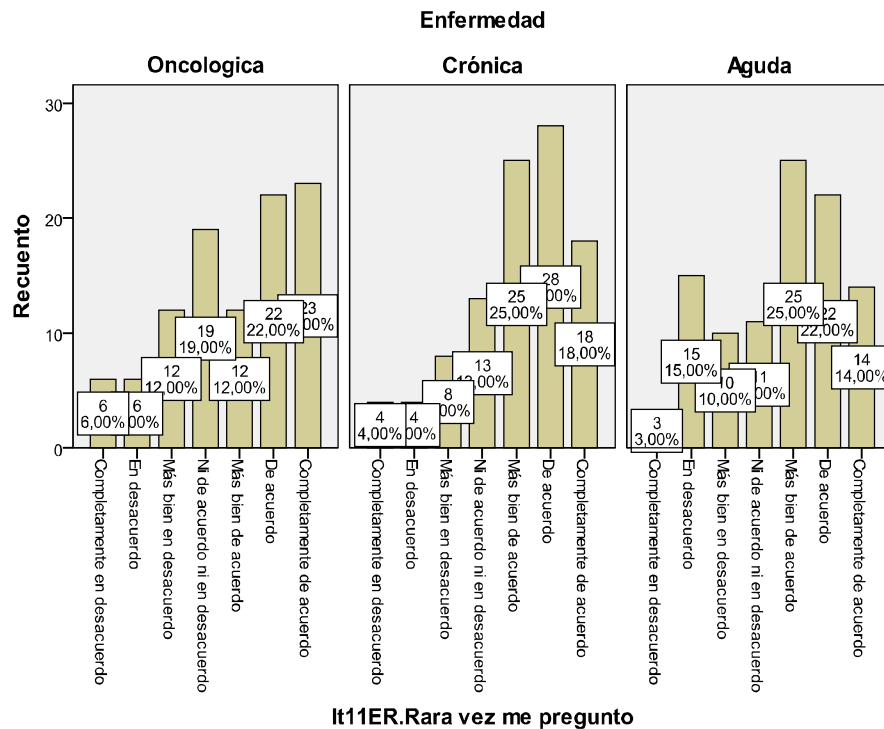
**Figura 40. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 10**

Los sujetos oncológicos ante la frase “**Soy decidida**” opinan en un 45% que están completamente de acuerdo, el 28% de acuerdo, el 12% más bien de acuerdo y el 4% completamente en desacuerdo.

En los sujetos con enfermedad crónica un 33% opinan que están completamente de acuerdo con esta frase, el 30% de acuerdo, el 13% más bien de acuerdo y el 15% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda están en un 32% de acuerdo con la frase, un 23% más bien de acuerdo, el 21% completamente de acuerdo, el 14% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Son los pacientes oncológicos los que responden mayoritariamente ante la frase “**Soy decidida**” con la respuesta completamente de acuerdo, y también los crónicos. Son los enfermos agudos como aparece en la Figura 40, los que responden de acuerdo y de forma más dispersa a esta pregunta.



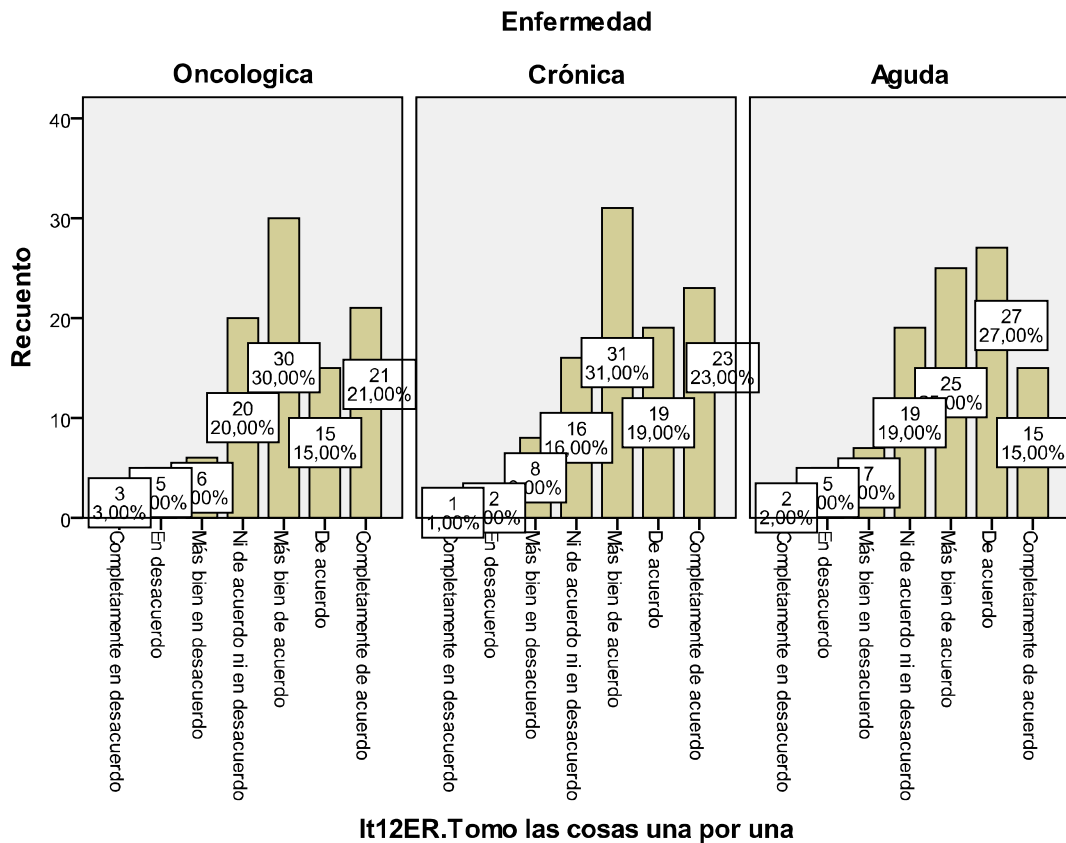
**Figura 41. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 11**

Ante la frase **“Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo”** el 23% de los sujetos oncológicos está completamente de acuerdo con esta afirmación, el 22% está de acuerdo, el 19% no está de acuerdo ni en desacuerdo, el 12% está más bien en desacuerdo y el 6% está en desacuerdo o completamente en desacuerdo respectivamente.

Los sujetos con enfermedad crónica opina en un 28% que está de acuerdo con la frase, el 25% más bien de acuerdo, el 18% completamente de acuerdo, el 13% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 4% completamente en desacuerdo o en desacuerdo respectivamente.

Los sujetos con enfermedad aguda opina en un 25% que está más bien de acuerdo, el 22% de acuerdo, el 15% en desacuerdo, el 14% completamente de acuerdo y el 3% completamente en desacuerdo.

En la frase **“Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo”** el sujeto oncológico es quien mayormente responde completamente de acuerdo y de acuerdo, seguido en mayor porcentaje de los crónicos en responder de acuerdo, como podemos apreciar en la Figura 41. Son los enfermos agudos quienes responden más bien de acuerdo y en desacuerdo con esa frase aplicada a su vida.



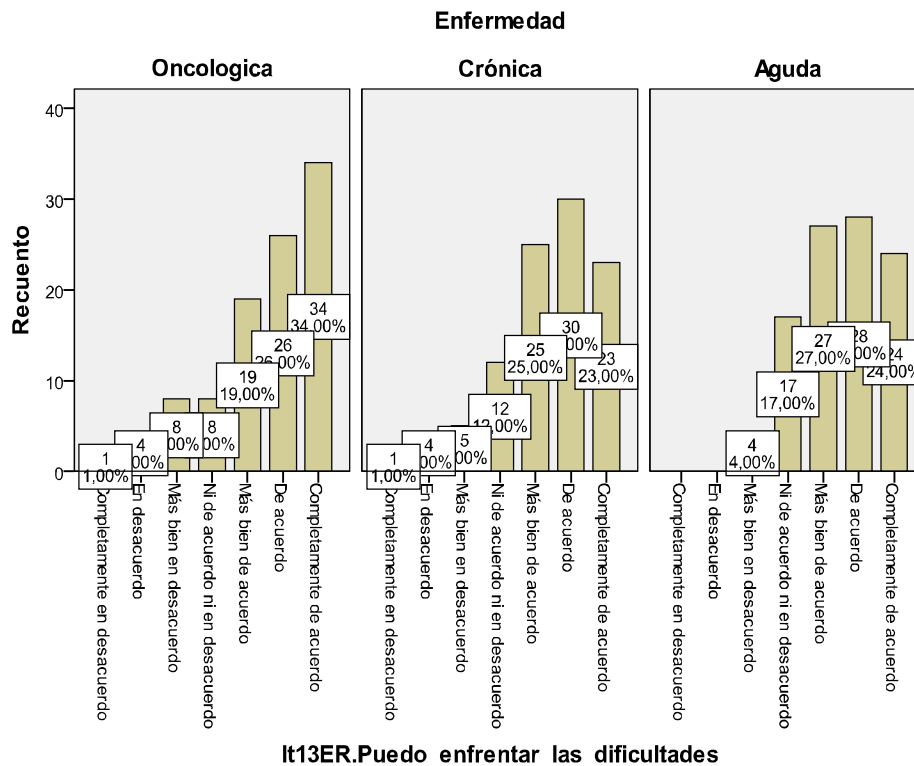
**Figura 42. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 12**

Ante la frase “**Tomo las cosas una por una**” los sujetos oncológicos opinan en un 30% que están más bien de acuerdo, el 21% está completamente de acuerdo, el 20% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 15% de acuerdo y el 3% completamente en desacuerdo.

En los sujetos crónicos se observa que el 31% está más bien de acuerdo, el 23% está completamente de acuerdo, el 19% de acuerdo, el 16% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos agudos presentan un 27% de acuerdo con la frase, un 25% más bien de acuerdo, el 19% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 15% completamente de acuerdo y el 2% completamente en desacuerdo.

Ante esta afirmación “**Tomo las cosas una por una**” los grupos de enfermedad responden en mayor porcentaje más bien de acuerdo, aunque en todos los grupos la respuesta se dispersa como puede verse en la Figura 42.



**Figura 43. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 13**

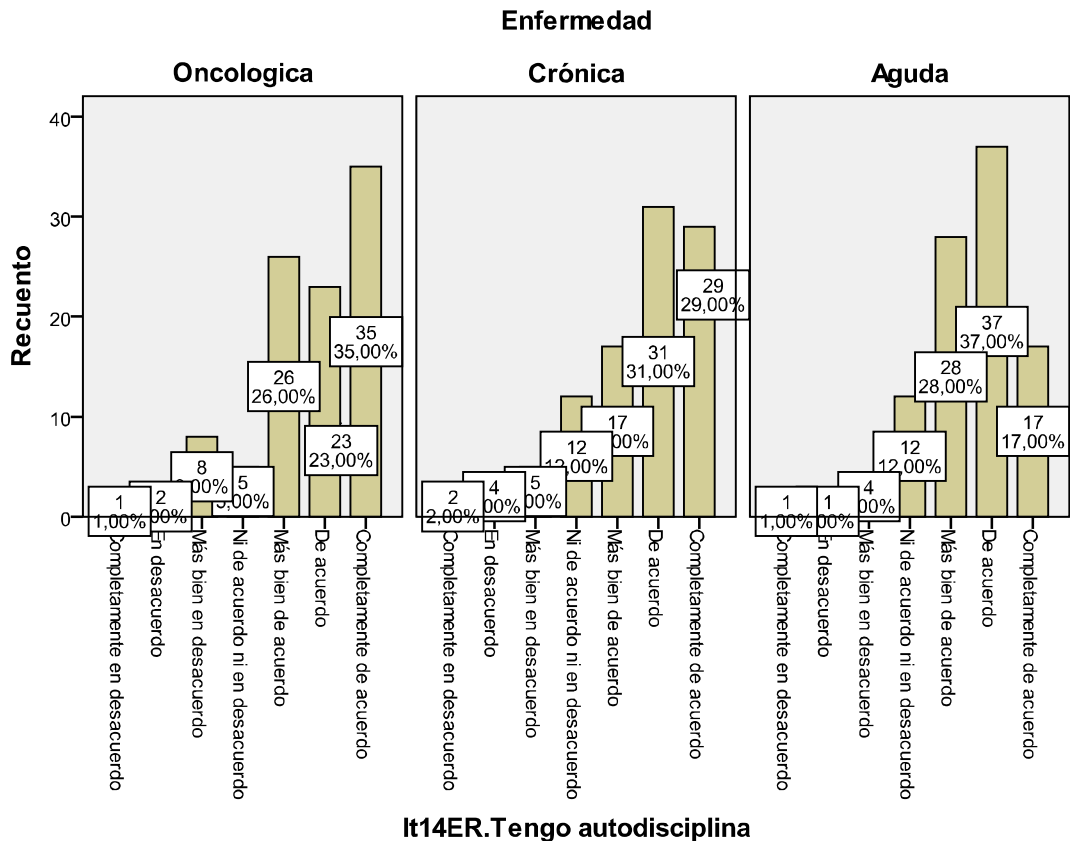
Ante la frase “**Puedo enfrentar la dificultades porque las he experimentado anteriormente**” los sujetos oncológicos en un 34% afirma estar completamente de acuerdo, el 26% está de acuerdo, el 19% está más bien de acuerdo, y el 1% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica opinan en un 30% estar de acuerdo con esta afirmación, el 25% está más bien de acuerdo, el 23% está completamente de acuerdo, y el 1% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda representan en un 28% estar completamente de acuerdo, el 27% está de acuerdo, el 24% está completamente de acuerdo, el 17% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo y no hay nadie que esté en desacuerdo.

Fundamentalmente los oncológicos responden estar completamente de acuerdo ante la frase “Puedo enfrentar la dificultades porque las he experimentado anteriormente” seguido de los crónicos y los agudos como puede verse en la Figura 43, y también en la respuesta de acuerdo.





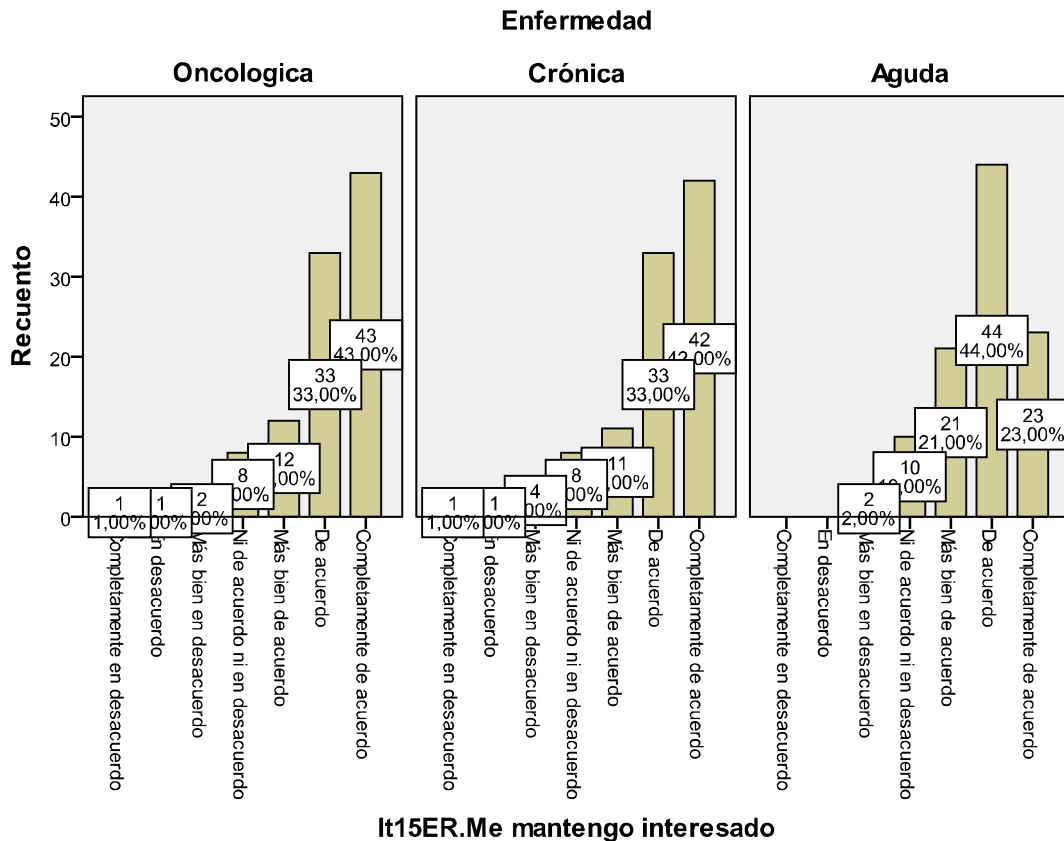
**Figura 44. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 14**

Ante la frase “**Tengo autodisciplina**” los sujetos oncológicos en un 35% opinan que están completamente de acuerdo con esta afirmación, el 26% está más bien de acuerdo, el 23% está de acuerdo y el 1% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con patología crónica en un 29% están completamente de acuerdo, el 31% está de acuerdo, el 17% está más bien de acuerdo y el 2% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con patología aguda opinan en un 37% que están de acuerdo con esta afirmación, el 28% están más bien de acuerdo, el 17% está completamente de acuerdo y el 15% está completamente en desacuerdo.

Ante la afirmación “**Tengo autodisciplina**” como puede verse en la Figura 44, son los oncológicos los que están completamente de acuerdo con la frase, seguidos de los agudos y crónicos en la respuesta de acuerdo.



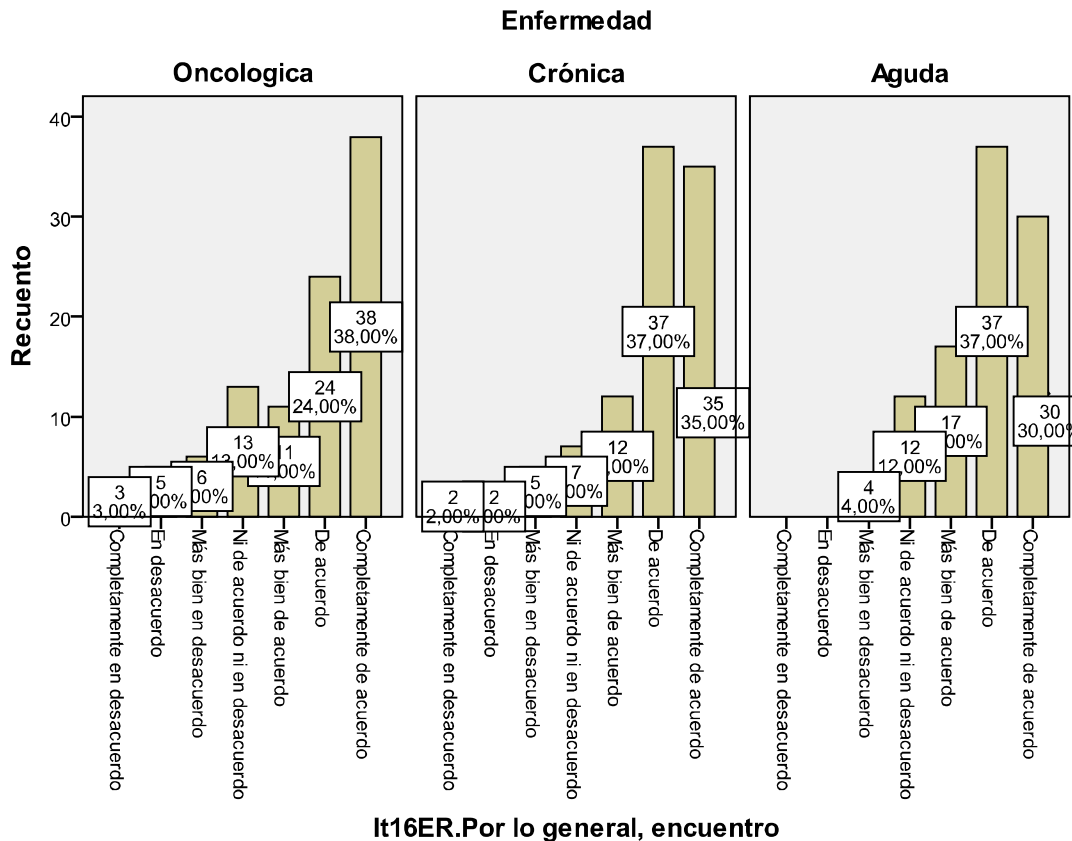
**Figura 45. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 15**

Ante la frase “**Me mantengo interesado en las cosas**” los sujetos oncológicos opinan en un 43% que están completamente de acuerdo con la frase, el 33% está de acuerdo, el 12% está más bien de acuerdo y el 1% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 42% están completamente de acuerdo con esta afirmación, el 33% están de acuerdo, el 11% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda están en un 44% de acuerdo con la frase, el 23% están completamente de acuerdo, el 21% más bien de acuerdo y el 25 más bien en desacuerdo. No hay ningún sujeto que esté completamente en desacuerdo.

Fundamentalmente son los oncológicos y los crónicos los que están completamente de acuerdo con la frase “Me mantengo interesado en las cosas” seguido de la respuesta de acuerdo, como puede observarse en la Figura 45. Son los agudos quienes están de acuerdo simplemente



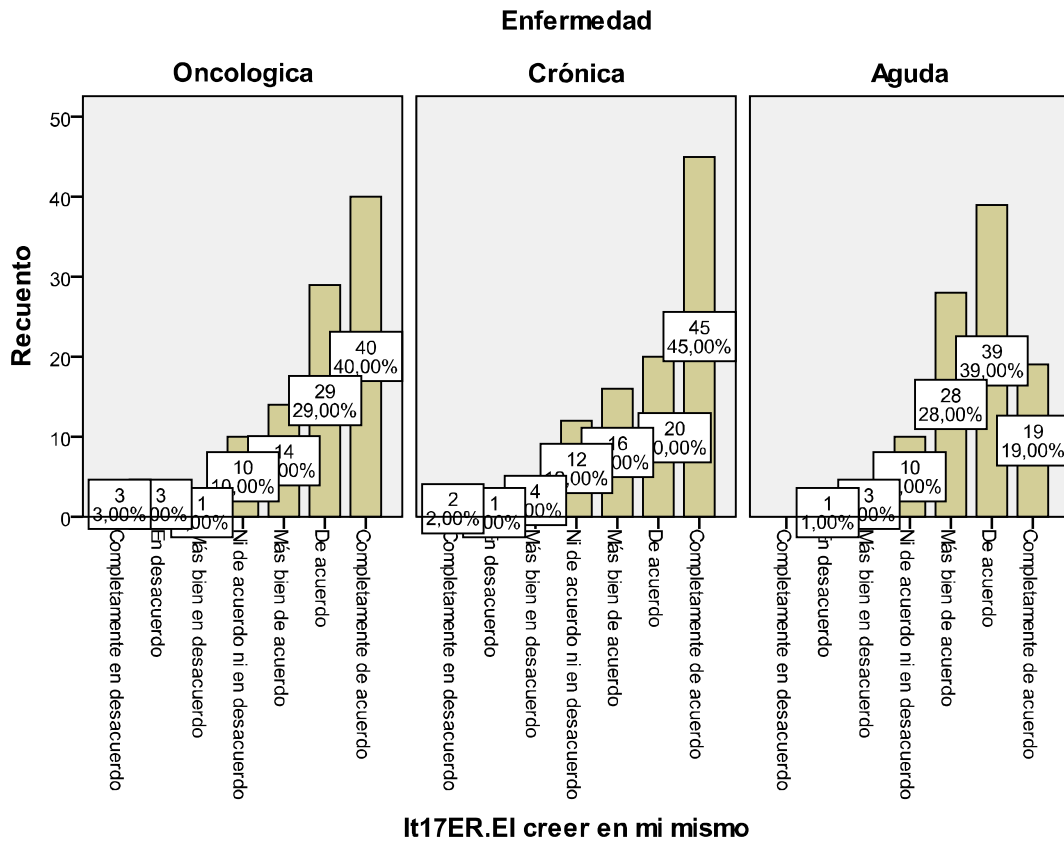
**Figura 46. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 16**

Ante la frase “**Por lo general, encuentro algo de qué reírme**” el grupo de pacientes oncológicos opina en un 38% que está completamente de acuerdo, el 24% está de acuerdo, el 13% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con esta frase, y el 3% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 37% están de acuerdo con la afirmación, el 35% están completamente de acuerdo, el 12% están más bien de acuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda consideran en un 37% que están de acuerdo con la afirmación, el 30% están completamente de acuerdo, el 17% están más bien de acuerdo, el 12% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 4% está más bien en desacuerdo y no hay ningún sujeto que esté en completo desacuerdo.

El grupo de enfermos que están completamente de acuerdo con esta frase “**Por lo general, encuentro algo de qué reírme**” en un alto porcentaje son los oncológicos, seguidos de crónicos y de agudos como puede apreciarse en la Figura 46.



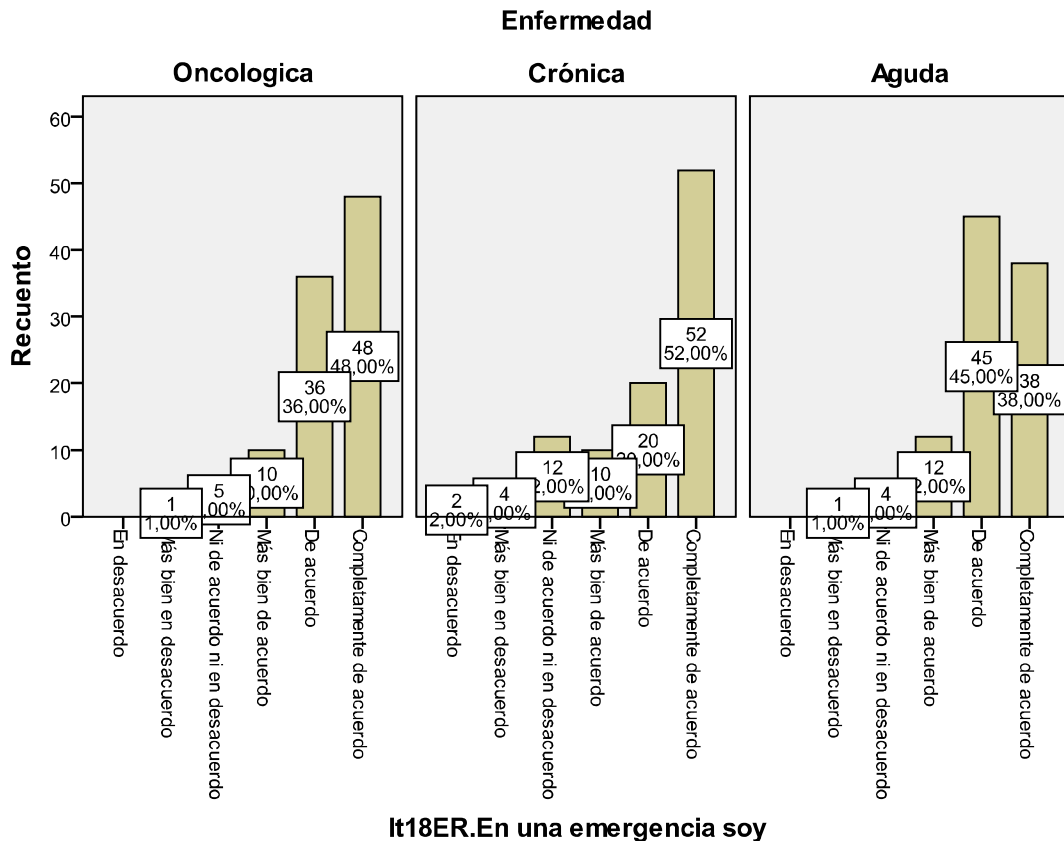
**Figura 47. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 17**

Ante la frase “El creer en mi mismo me permite atravesar tiempos difíciles” los sujetos oncológicos en un 40% están completamente de acuerdo con esta frase, el 29% están de acuerdo, el 14% están más bien de acuerdo, el 10% no están de acuerdo ni en desacuerdo y el 3% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica en un 45% están completamente de acuerdo con esta afirmación, el 20% están de acuerdo, el 16% están más bien de acuerdo, el 12% no están de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% están completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 39% que están de acuerdo con esta frase, el 28% están más bien de acuerdo, el 19% están completamente de acuerdo, un 1% en desacuerdo y no hay sujetos que estén completamente en desacuerdo con la frase.

Son los pacientes crónicos los que obtienen mayor porcentaje como muestra la Figura 47, en estar completamente de acuerdo con la frase “El creer en mi mismo me permite atravesar tiempos difíciles” seguido de oncológicos. Los agudos manifiestan en su mayoría estar de acuerdo simplemente con la frase.



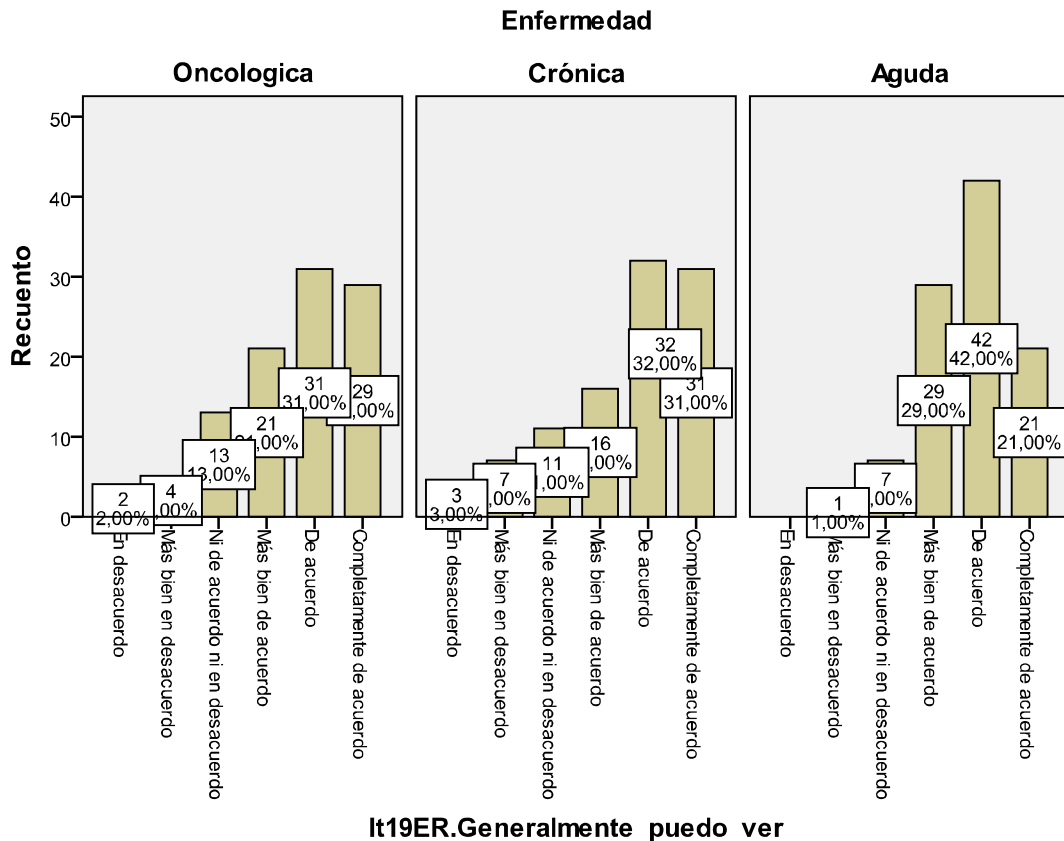
**Figura 48. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 18**

Ante la frase “**En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar**” los sujetos oncológicos opinan en un 48% que están completamente de acuerdo con la frase, el 36% está de acuerdo, el 105 más bien de acuerdo y no hay ningún paciente que esté en desacuerdo con esta frase.

Los sujetos con enfermedad crónica opinan en un 52% que están completamente de acuerdo con la frase, el 20% están de acuerdo, el 12% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% están en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 45% que están de acuerdo con la frase, el 38% están completamente de acuerdo, el 12% están más bien de acuerdo y ningún paciente agudo está en desacuerdo.

Los sujetos crónicos ante la frase “**En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar**” son los que responden más estar completamente de acuerdo, seguidos de los oncológicos como se ve en la Figura 48. Los agudos responden a esta aseveración con un de acuerdo en su mayoría.



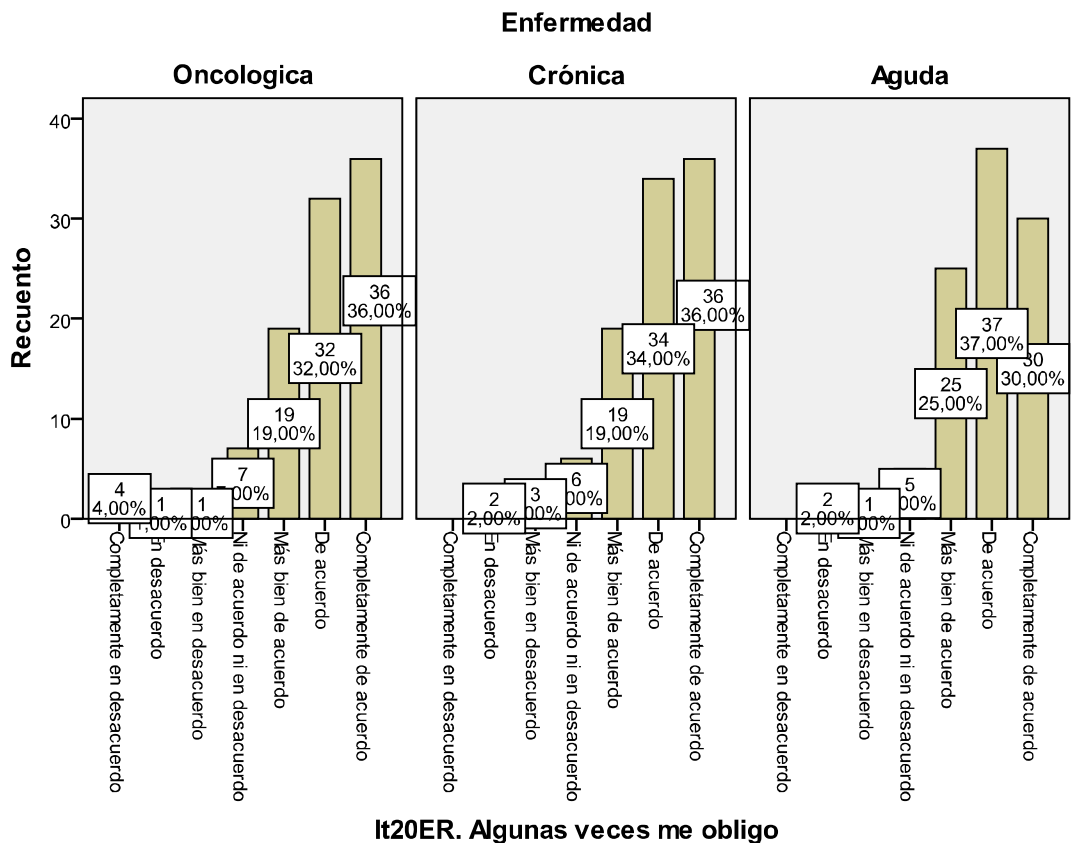
**Figura 49. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 19**

Ante la frase “**Generalmente puedo ver una situación de varias maneras**” los sujetos oncológicos opinan en un 31% que están de acuerdo con la frase, el 29% están completamente de acuerdo, el 21% están más bien de acuerdo, el 13% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% está en desacuerdo con la frase.

Los sujetos con enfermedad crónica opinan en un 32% que están de acuerdo con la frase, el 31% está completamente de acuerdo, el 16% está más bien de acuerdo, el 11% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 3% está en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 42% que están de acuerdo con la frase, el 29% más bien de acuerdo, el 21% completamente en desacuerdo, el 1% más bien en desacuerdo y no hay ningún sujeto que esté en desacuerdo.

Los sujetos agudos ante la frase “Generalmente puedo ver una situación de varias maneras” responden en su mayor parte como puede verse en la Figura 49, con de acuerdo, seguido de crónicos y de oncológicos con de acuerdo y completamente de acuerdo.



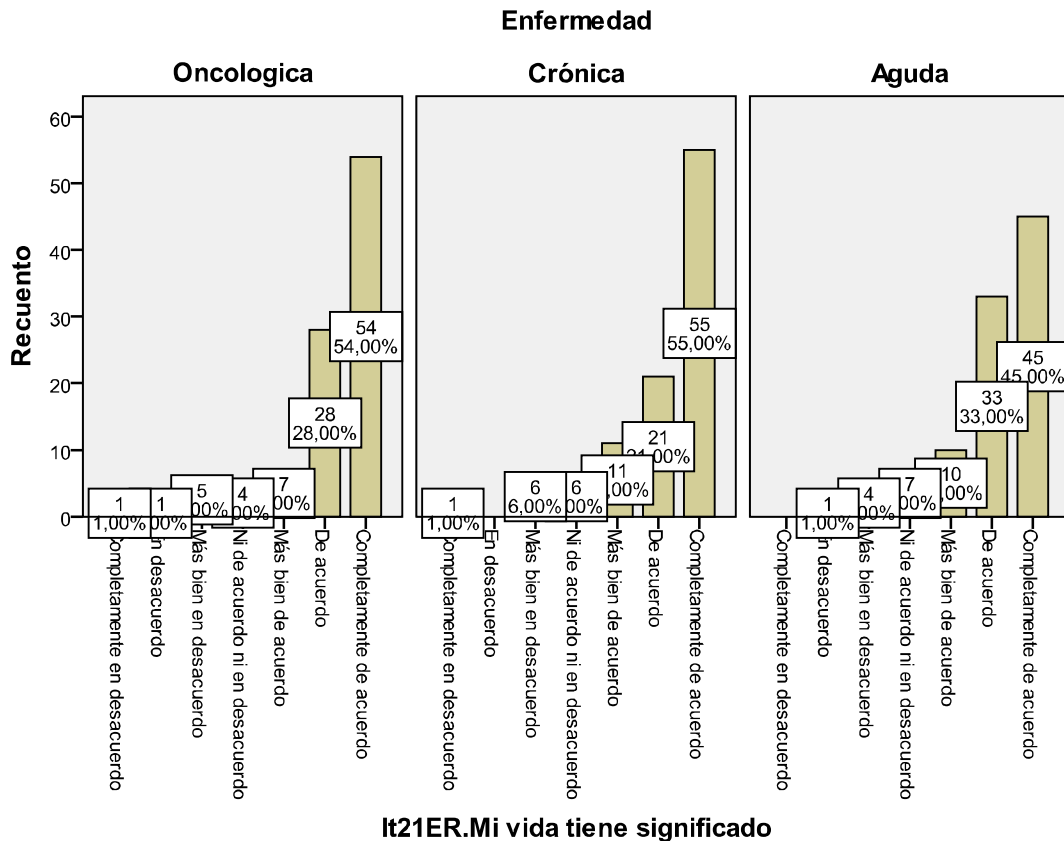
**Figura 50. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 20**

Ante la frase "Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera" los sujetos con enfermedad oncológica están completamente de acuerdo con la frase en un 36% de la muestra, un 32% están de acuerdo, el 19% está más bien de acuerdo, el 4% está completamente en desacuerdo y el 1% está en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica opinan en un 36% que están completamente de acuerdo con la frase, el 34% están de acuerdo, el 19% más bien de acuerdo, el 2% en desacuerdo y no hay ningún paciente que esté completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 37% que están de acuerdo con la frase, el 30% están completamente de acuerdo, el 25% están más bien de acuerdo, el 2% en desacuerdo y no hay ningún sujeto que esté completamente en desacuerdo.

Los sujetos que más se obligan a hacer las cosas son los agudos que ante la frase "Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera" responden con de acuerdo como se ve en la Figura 50. Seguidos de los crónicos y oncológicos con completamente de acuerdo y de acuerdo.



**Figura 51. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 21**

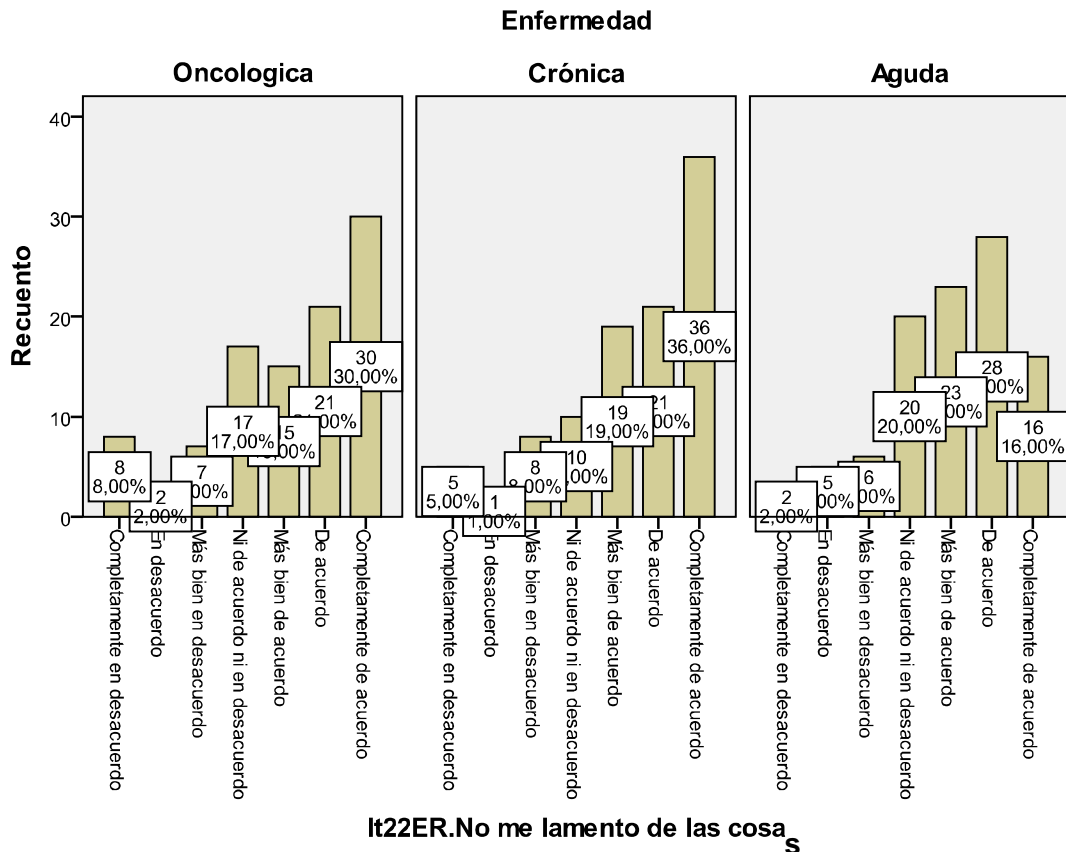
Ante la frase “**Mi vida tiene significado**” los sujetos con enfermedad oncológica en un 54% están completamente de acuerdo con la frase, el 28% están de acuerdo, el 7% más bien de acuerdo, y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica están el 45% completamente de acuerdo, el 21% de acuerdo, el 11% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 45% que están completamente de acuerdo con esta frase, el 33% están de acuerdo, el 10% más bien de acuerdo y el 1% en desacuerdo. No hay ningún sujeto completamente en desacuerdo con la frase.

Los sujetos oncológicos son los que responden en mayor porcentaje completamente de acuerdo ante la frase “Mi vida tiene significado” como se aprecia en la Figura 51, aunque todos los grupos de enfermedad responden completamente de acuerdo y de acuerdo en su mayoría.





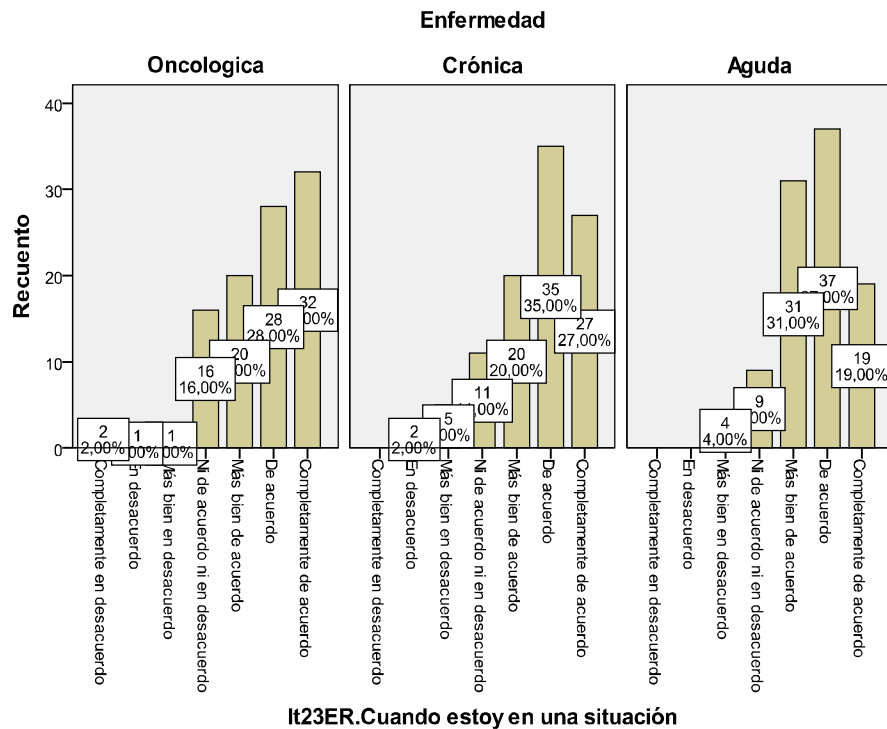
**Figura 52. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 22**

Ante la frase “No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada” los sujetos con enfermedad oncológica opinan el 30% que están completamente de acuerdo con la frase, el 21% están de acuerdo, el 17% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 15% están más bien de acuerdo, y señalamos que el 8% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con patología crónica opinan en un 36% que están completamente de acuerdo con la frase, el 21% están de acuerdo, el 19% están más bien de acuerdo, y existe un 5% que está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con patología aguda opinan en un 28% que están de acuerdo con la frase, el 23% más bien de acuerdo, el 20% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 16% completamente de acuerdo y el 2% completamente en desacuerdo.

Ante la aseveración “No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada” son los crónicos como puede apreciarse en la Figura 52, los que responden completamente de acuerdo, seguidos de los oncológicos. Los sujetos agudos responden a esta aseveración con de acuerdo simplemente.



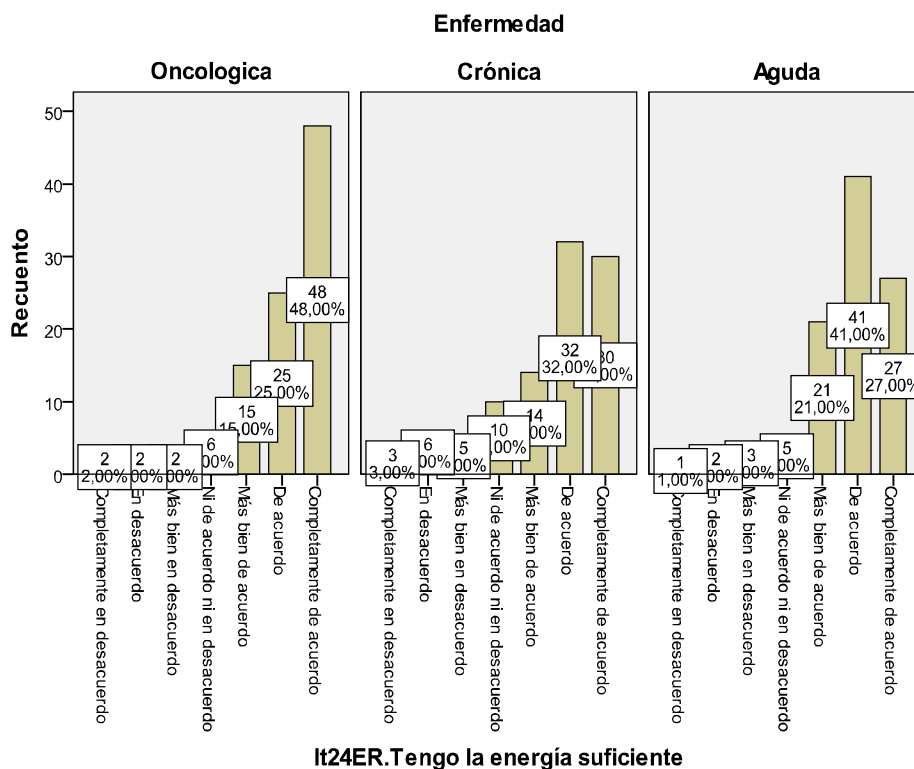
**Figura 53. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 23**

Ante la frase “**Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida**” un 32% de los sujetos oncológicos están completamente de acuerdo con esta frase, el 28% están de acuerdo, el 20% más bien de acuerdo, el 16% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% están completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica opinan en un 35% que están de acuerdo con la frase, el 27% completamente de acuerdo, el 20% más bien de acuerdo, el 11% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% están en desacuerdo. No hay ningún paciente que esté completamente en desacuerdo con la frase.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 37% que están de acuerdo con la frase, un 31% más bien de acuerdo, un 19% completamente de acuerdo, un 4% más bien en desacuerdo y no existe ningún paciente que esté en desacuerdo o completamente en desacuerdo con esta frase.

Los sujetos oncológicos son los que responden mayoritariamente como puede observarse en la Figura 53, con un completamente de acuerdo ante la afirmación “**Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida**”, seguidos de los crónicos en completamente de acuerdo. Los agudos responden en mayor porcentaje con de acuerdo ante esta afirmación.



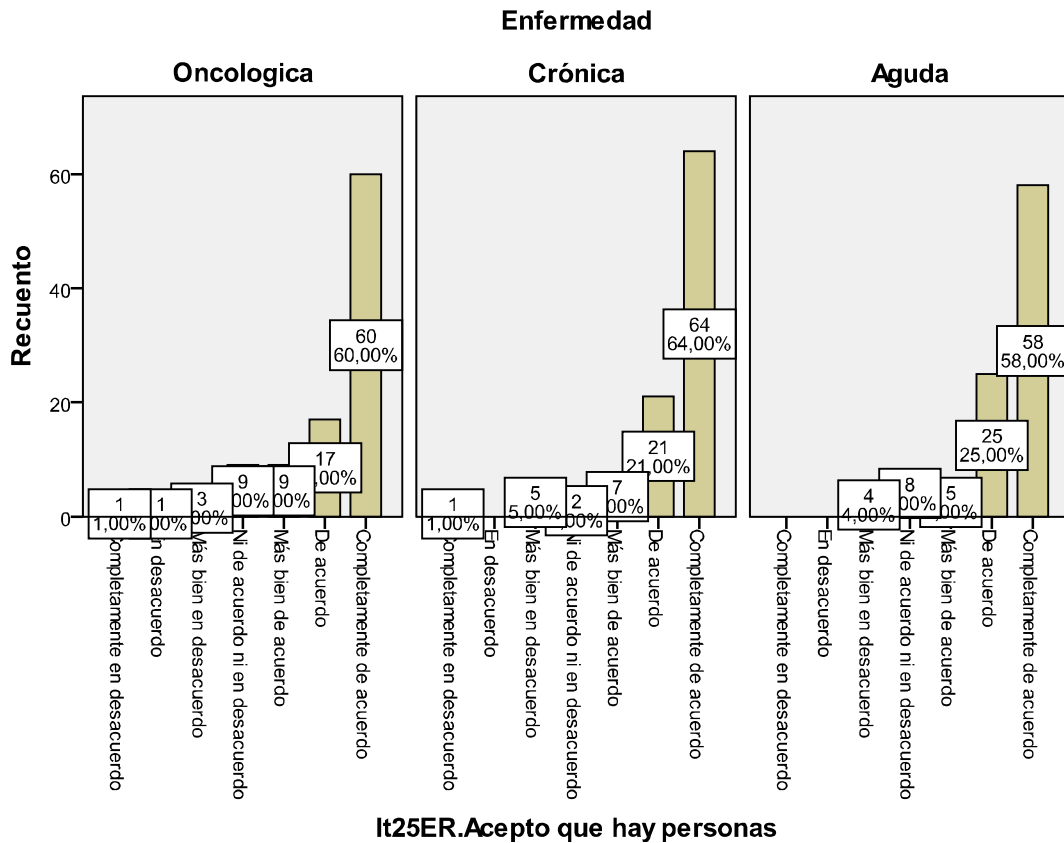
**Figura 54. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 24**

Ante la frase “**Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer**” los sujetos oncológicos opinan en un 48% que están completamente de acuerdo, un 25% está de acuerdo, el 15% está más bien de acuerdo y el 2% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad crónica opinan que el 32% están de acuerdo con la frase, el 30% está completamente de acuerdo, el 14% está más bien de acuerdo y el 3% está completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 41% que están de acuerdo con la frase, el 27% están completamente de acuerdo, el 21% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos oncológicos son los que responden en mayor porcentaje ante la afirmación “Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer” estar completamente de acuerdo, seguidos de los crónicos. Los agudos responden mayormente con de acuerdo, como podemos ver en la Figura 54.



**Figura 55. Cuestionario Resiliencia según Tipos de enfermedad. Ítem 25**

Ante la frase “**Acepto que hay personas a las que yo no les agrado**” los sujetos oncológicos opinan en un 60% que están completamente de acuerdo con esta frase, el 17% están de acuerdo, el 9% más bien de acuerdo, el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos enfermos crónicos opinan en un 64% que están completamente de acuerdo con la frase, el 21% de acuerdo, el 7% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo.

Los sujetos con enfermedad aguda opinan en un 58% que están completamente de acuerdo con la frase, el 25% están de acuerdo, el 4% más bien en desacuerdo y nadie señaló las respuestas de completamente en desacuerdo ni en desacuerdo.

Ante la afirmación “**Acepto que hay personas a las que yo no les agrado**” los sujetos crónicos seguidos de oncológicos y agudos son los grupos que mayormente contestan completamente de acuerdo, como podemos apreciar en la Figura 55.

### II.2.3.- Resultados de contrastación de las hipótesis

**Hipótesis 1:** *Las necesidades de comunicación médico-paciente (A-1) o el afrontamiento (B-1), ¿puede depender del tipo de enfermedad?*

Tabla 1. Cuestionarios por *Tipo de enfermedad*. Diferencia de Medias y "d" de Cohen.

Cuestionarios	Tipo de enfermedad	N	Medias	Std. Deviation	Análisis comparativo	Dif. Medias	"d" de Cohen
Comunicación (Frecuencias)	Oncológica	100	53,13	13,288	Oncológica / Crónica	5.34*	0.38
	Crónica	100	47,79	14,613	Oncológica / Aguda	5.04*	0.40
	Aguda	100	48,09	11,531	Crónica / Aguda	-0.33	-0.02
Comunicación (Importancia)	Oncológica	100	66,58	6,732	Oncológica / Crónica	3.55*	0.44
	Crónica	100	63,03	9,281	Oncológica / Aguda	8.99*	1.13
	Aguda	100	57,59	8,949	Crónica / Aguda	5.44*	0.60
Resiliencia	Oncológica	100	142,46	22,165	Oncológica / Crónica	0.74	0.03
	Crónica	100	141,72	21,574	Oncológica / Aguda	1.78	0.09
	Aguda	100	140,68	15,031	Crónica / Aguda	1.04	0.06

\* Significativo al 0,05

**Hipótesis A-1:** En la relación médico-paciente se plantea la hipótesis sobre si la necesidad de comunicación con el médico puede depender del tipo de enfermedad oncológica, crónica o aguda que padece el sujeto. Postulábamos en nuestra hipótesis que la comunicación del personal médico con el paciente era importante para el enfermo según el tipo de enfermedad que tenía. Contemplando la Tabla 1, se confirma estadísticamente para los pacientes crónicos y oncológicos que la frecuencia e importancia de la comunicación es sustancialmente importante. También es significativo para los pacientes agudos la importancia de la comunicación pero no así en la frecuencia.

En cuanto a las necesidades de comunicación se observa que hay diferencia significativa entre oncológicos-crónicos, oncológicos-agudos y crónicos-agudos en Importancia, por lo que aceptamos nuestra hipótesis y la comunicación del personal médico con el paciente va a depender del tipo de enfermedad; observamos que hay diferencia significativa en la frecuencia en la que se producen estas situaciones comunicativas en oncológicos-crónicos y oncológicos-agudos aceptando por tanto nuestra hipótesis inicial; finalmente entre crónicos-agudos no hay diferencia en el

aspecto de frecuencia, por lo tanto se rechaza nuestra hipótesis inicial entre estos dos grupos de enfermedad.

Respecto a la “d” de Cohen se observa una relación entre pequeña y moderada, en oncológicos-crónicos y oncológicos-agudos en la Frecuencia de estas situaciones, y una “d” de Cohen muy pequeña en crónico-agudos, en la que esta diferencia significativa encontrada haría tener poca relevancia práctica al estudio. Existe una relación pequeña-moderada en la Importancia entre oncológicos-crónicos, una relación grande entre oncológico-agudo y un valor moderado-alto entre crónicos-agudos. Claramente podemos observar cómo en la diferencia oncológico-agudo permite obtener aplicación práctica en el estudio.

**Hipótesis B-1:** Sobre la capacidad de afrontamiento a su enfermedad ¿podría depender del tipo de enfermedad que padece? Creemos que no, que la capacidad/habilidad del paciente no va a depender del tipo de enfermedad (oncológica, crónica o aguda) que padezca el enfermo.

Podemos apreciar en los resultados obtenidos que se cumple nuestra hipótesis inicial, y afirmar que la capacidad de afrontamiento o resiliencia no depende del tipo de enfermedad del sujeto y ambas variables no están relacionadas. Por tanto en cuanto al afrontamiento se observa que no hay relación significativa en la resiliencia en ninguno de los tres tipos de enfermedad.

La “d” de Cohen supone un valor que destaca una diferencia muy pequeña entre la resiliencia en oncológicos, crónicos y agudos.

**Hipótesis 2:** *La necesidad de comunicación médico-paciente (A-2) o la de afrontamiento (B-2), ¿podría depender del nivel de estudios realizados del paciente?*

Habíamos planteado que el nivel de estudios realizado por el paciente no iba a ser significativo ni en la Comunicación (Frecuencia/Importancia) ni en la Resiliencia o afrontamiento. Efectivamente se cumple. Por la Tabla 2, se puede comprobar en sus ANOVAS post hoc comparativos entre los diversos niveles que ninguno de ellos resulta ser estadísticamente significativo. Por tanto aceptamos nuestra hipótesis de trabajo inicial y no existe asociación entre estas variables de Comunicación ni Resiliencia con el nivel de estudios de los pacientes de cada grupo de enfermedad. El nivel de estudios no le va a ayudar significativamente para afrontar la enfermedad ni en el tema de la Comunicación.

Tabla 2. Cuestionarios por *Nivel de estudios*. Diferencias de Medias y "d" de Cohen.

Cuestionarios	Nivel estudios	N	Media	St. Desv.	Análisis comparativo	Dif. Medias	d de Cohen
Comunicación (Frecuencia)	Básicos Primaria Secundaria Formación Profesional Universitario	45 65 61 57 72	48.64 50.20 51.66 48.25 49.28	13.866 14.883 11.982 13.224 13.059	Básico-Primaria	-1,556	-0.11
					Básico-Secundaria	-3,011	-0.23
					Básico-Form. Prof.	,399	0.03
					Básico-Universitario	-,633	-0.05
					Primaria-Secundaria	-1,456	-0.11
					Primaria-Form. Prof.	1,954	0.14
					Primaria-Universitario	,922	0.07
					Secundaria-Form.Prof.	3,410	0.27
					Secundaria-Universitario	2,378	0.19
					Form.Prof.-Universitario	-1,032	-0.08
Comunicación (Importancia)	Básicos Primaria Secundaria Form.Prof. Universitario	45 65 61 57 72	63.67 64.82 61.07 61.16 61.54	7.831 7.439 10.722 8.645 9.942	Básicos-Primaria	-1,149	-0.15
					Básicos-Secundaria	2,601	0.28
					Básicos-Form.Prof.	2,509	0.30
					Básicos-Universitario	2,125	0.24
					Primaria-Secundaria	3,750	0.41
					Primaria-Form.Prof.	3,657	0.45
					Primaria-Universitario	3,274	0.37
					Secundaria-Form.Prof.	-,092	-0.01
					Secundaria-Universitario	-,476	-0.04
					Form.Prof-Universitario	-,384	-0.04
Resiliencia	Básicos Primaria Secundaria Form.Prof. Universitario	45 65 61 57 72	138.56 141.78 144.75 138.77 142.99	20.024 23.609 16.641 18.326 19.459	Básicos-Primaria	-3,229	-0.15
					Básicos-Secundaria	-6,199	-0.34
					Básicos-Form.Prof.	-,216	-0.01
					Básicos-Universitario	-4,431	-0.22
					Primaria-Secundaria	-2,969	-0.14
					Primaria-Form.Prof.	3,013	0.14
					Primaria-Universitario	-1,201	-0.06
					Secundaria-Form.Prof.	5,982	0.34
					Secundaria-Universitario	1,768	0.10
					Form.Prof-Universitario	-4,214	-0.22

Respecto a la "d" de Cohen observamos relaciones muy pequeñas en el apartado de la Frecuencia Comunicación, salvo en nivel de estudios Secundarios-Formación Profesional siendo la "d" de Cohen tipo moderado en su relación. Respecto al apartado de la Importancia en la Comunicación se observa se observa una diferencia moderada entre Estudios Básicos-Secundaria, Formación Profesional, Universitarios, y moderada en relación a Estudios Primarios con los estudios Secundarios, Formación Profesional y Universitarios.

En cuanto al afrontamiento respecto el nivel de estudios no hay diferencias significativas y el valor de la “d” de Cohen es muy pequeño, tan solo destaca el valor pequeño-moderado entre Secundaria y Formación Profesional.

**Hipótesis 3:** ¿La necesidad de comunicación médico-paciente (A-3) o el afrontamiento (B-3), es más importante (significativa) para los *hombres que para las mujeres*?

Tabla 3. Cuestionarios por *Género*. Diferencias de Medias y “d” de Cohen.

Cuestionarios	Género	N	Media	Std. Desv.	Dif. Medias	"d" de Cohen
Comunicación (Frecuencias)	Varón	110	49,86	12,741	0.3	0.02
	Mujer	190	49,56	13,779		
Comunicación (Importancia)	Varón	110	59,60	9,760	-4.42*	-0.49
	Mujer	190	64,02	8,388		
Resiliencia	Varón	110	144,01	17,601	3.77	0.20
	Mujer	190	140,24	20,891		

\*Significativa al 0.05

Habíamos postulado en nuestra hipótesis que la variable género no resultaría discriminativa entre hombres y mujeres para apreciar significativamente la Frecuencia e Importancia de la Comunicación ni tampoco el afrontamiento de su enfermedad. Los datos aportados por la Tabla 3, nos dice que las mujeres sí dan mayor importancia (y significativa) que los hombres a la comunicación del médico. Por tanto rechazamos nuestra hipótesis inicial puesto que existe diferencia entre las variables estudiadas en los grupos de hombres y mujeres y no son diferencias causadas por el azar, siendo muy significativo en la Importancia de la Comunicación que informan las mujeres. Respecto a la Frecuencia en la Comunicación no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres en este aspecto por lo que se cumple nuestra hipótesis inicial.

Además existe una “d” de Cohen muy baja entre estas diferencias entre hombres y mujeres tanto en Frecuencia como en Comunicación.

En la resiliencia o capacidad de afrontamiento entre hombres y mujeres no hay diferencia significativa, no se relacionan estas variables y aceptamos la hipótesis inicial.

En la resiliencia se observa una “d” de Cohen pequeña.



***Hipótesis 4: La necesidad de comunicación médico-paciente o afrontamiento, ¿podría depender del estado civil en el que se encuentra el paciente?***

Tabla 4. Cuestionarios. *Estado civil*. Diferencias de Medias y "d" de Cohen.

Cuestionarios	Estado Civil	N	Media	Std. Desv.	Dif. Medias	"d" de Cohen
Total Frecuencias	Casado/Pareja	189	49,59	13,266	-0.22	-0.17
	Otros	111	49,81	13,651		
Total Importancia	Casado/Pareja	189	62,57	9,270	0.45	0.05
	Otros	111	62,12	8,981		
Total Resiliencia	Casado/Pareja	189	142,12	19,181	1.35	0.07
	Otros	111	140,77	20,879		

Creemos que el Estado Civil del paciente no repercute, de forma sustancial y significativa, en su necesidad de comunicación. La Tabla 4, nos muestra que no hay diferencias significativas entre el Estado Civil y el total de Frecuencias e Importancia, por lo tanto se cumple nuestro postulado que el estado civil del sujeto no influye en sus necesidades de comunicación en la relación terapéutica médico-paciente. Por lo tanto aceptamos nuestra hipótesis inicial y estas variables no estarían relacionadas, no existiría asociación entre ellas.

En cuanto a la "d" de Cohen en Comunicación (Frecuencia e Importancia) podemos observar que tiene un valor muy pequeño y es muy pequeña la diferencia entre estos valores estudiados con lo que el resultado no tendría una relevancia significativamente clínica.

En lo que respecta a la Resiliencia se puede observar que no existen diferencias significativas entre el Estado Civil y la Comunicación por lo que aceptamos nuestra hipótesis inicial y no están relacionadas.

La "d" de Cohen como podemos ver en la Tabla 4 es muy pequeña.

***Hipótesis 5: La necesidad de comunicación médico-paciente o el afrontamiento de su enfermedad, ¿podría depender de la edad del paciente?***

Habíamos planteado que la edad por tramos 18-40, 41-60 y 61-90 años es un factor esencial y significativo en la necesidad de comunicación médico-paciente para sobrellevar el padecimiento del paciente. Podemos observar en los resultados obtenidos como figura en la Tabla 5, que no hay diferencias significativas entre los diferentes tramos de edad respecto al total de frecuencia e importancia en la comunicación, por lo que no es un factor significativo en la relación con el médico ni en la resiliencia como capacidad de afrontamiento. Por lo tanto rechazamos nuestra hipótesis inicial y

concluimos que la edad por tramos no es un factor significativo en la Comunicación médico-paciente.

Tabla 5. Cuestionarios por *Tramos de edad*. Diferencias de Medias y "d" de Cohen.

Cuestionarios	Tramos edades	N	Media	Std. Desv.	Análisis comparativo	Dif. Medias	"d" de Cohen
Total Frecuencias	18-40	59	49,86	11,425	18-40 / 41-60	0.830	0.07
	41-60	144	49,03	13,693	18-40 / 61-90	0.630	-0.05
	61-90	97	50,49	14,096	41-60 / 61-90	1.460	-0.10
Total Importancia	18-40	59	60,39	8,894	18-40 / 41-60	2.013	-0.22
	41-60	144	62,40	9,467	18-40 / 61-90	3.229	-0.37
	61-90	97	63,62	8,693	41-60 / 61-90	1.216	-0.13
Total Resiliencia	18-40	59	141,95	16,959	18-40 / 41-60	1.623	0.09
	41-60	144	140,33	20,061	18-40 / 61-90	1.391	-0.07
	61-90	97	143,34	21,036	41-60 / 61-90	3.014	-0.15

La "d" de Cohen en presenta un valor muy pequeño fundamentalmente en Frecuencia Comunicación, algo más moderado en Importancia Comunicación, y por lo tanto no tendría relevancia práctica.

Respecto a la Resiliencia obtenemos que la edad por tramos no está relacionada con la capacidad de afrontamiento, y rechazamos nuestra hipótesis inicial.

La "d" de Cohen en Resiliencia en cuanto a la edad por tramos presenta un valor muy pequeño y por lo tanto no tendría relevancia práctica.

***Hipótesis 6: La necesidad de comunicación médico-paciente o el afrontamiento de su enfermedad, ¿podría depender del tiempo que hace que le diagnosticaron su enfermedad?***

Tabla 6. Cuestionarios por *Tramos tiempo de diagnóstico* de medias y "d" de Cohen

Cuestionarios	Tiempo de diagnóstico	N	Media	St.Desv.	Análisis comparativo	Dif. Medias	"d" de Cohen
Total Frecuencias	1977-08	91	46,88	14,368	1977-08 / 2009-11	-6.51*	-0.53
	2009-11	108	53,39	12,907	1977-08 / 2012-13	-1.33	-0.16
	2012-13	101	48,21	12,149	2009-11 / 2012-13	5.18*	0.41
Total Importancia	1977-08	91	62,80	8,747	1977-08 / 2009-11	-1.31	-0.15
	2009-11	108	64,11	9,312	1977-08 / 2012-13	2.59	0.29
	2012-13	101	60,21	8,978	2009-11 / 2012-13	3.90*	0.43
Total Resiliencia	1977-08	91	139,31	21,582	1977-08 / 2009-11	-5.75	-0.27
	2009-11	108	145,06	20,920	1977-08 / 2012-13	-0.72	-0.04
	2012-13	101	140,03	16,272	2009-11 / 2012-13	5.03	0.27

\* Significativo al 0.05.

Pensamos que es posible que el tiempo, los años transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad puede repercutir en su necesidad de comunicación con el

personal médico. Observamos en la Tabla 6, una diferencia significativa entre los sujetos que llevan más tiempo diagnosticados entre el año 1977-2008 y los sujetos diagnosticados entre el 2009-2011 en el total Frecuencias Comunicación; se observa igualmente una diferencia significativa entre los diagnosticados entre el 2009-2011, con un tiempo medio de diagnóstico y el 2012-2013, con un tiempo más reciente de diagnóstico. Por lo tanto se cumple nuestro postulado inicial, y el tiempo desde el diagnóstico influye en estas necesidades de comunicación.

El valor más elevado de la "d" de Cohen es en frecuencia y comunicación entre el tiempo medio y reciente desde el diagnóstico, aún así es pequeño.

En el Total Resiliencia no se observan diferencias significativas con los grupos de tiempo desde el diagnóstico. Rechazamos por tanto la hipótesis inicial.

El valor de Cohen estima una diferencia pequeña-moderada en estos valores del tiempo de diagnóstico y la resiliencia, como se aprecia en la Tabla 6.

***Hipótesis 7: La necesidad de comunicación médico-paciente o el afrontamiento de su enfermedad, ¿podría depender del Tipo de diagnóstico de su enfermedad?***

Tabla 7. Cuestionarios por Especialidad diagnóstica. Medias y "d" de Cohen.

Cuestionario	Especialidad diagnóstica	N	Media	Std. Desv.	Análisis comparativo	Dif. Medias	"d" de Cohen
Total Frecuencias	Medicina Interna.	175	48,71	14,063	Medicina Interna./ Mama-Ginecología	-1.07	-0.08
	Mama-Ginecología	49	49,78	12,994	Medicina Interna. / ORL	-3.11	-0.24
	ORL	76	51,82	11,864	Mama-Ginecología / ORL	-2.04	-0.17
Total Importancia	Medicina Interna.	175	62,23	9,764	Medicina Interna./ Mama-Ginecología	-4.55*	-0.56
	Mama-Ginecología	49	66,78	5,875	Medicina Interna. / ORL	2.27	0.25
	ORL	76	59,96	8,486	Mama-Ginecología / ORL	6.82*	0.93
Total Resiliencia	Medicina Interna.	175	141,63	19,400	Medicina Interna./ Mama-Ginecología	2.47	0.11
	Mama-Ginecología	49	139,16	25,563	Medicina Interna. / ORL	-1.55	-0.09
	ORL	76	143,18	16,292	Mama-Ginecología / ORL	-4.02	-0.19

\* Significativo al 0.05.

Creemos que su necesidad de comunicación puede ser diferente dependiendo del tipo de diagnóstico emitido. Se cumple esta hipótesis en el total Importancia respecto a la especialidad diagnóstica de Medicina Interna y de Mama-Ginecología, y también en

Mama-Ginecología y ORL. No se cumple nuestra hipótesis respecto al total Frecuencias como puede verse en la Tabla 7, no nos ofrece un valor significativo.

En cuanto a la “d” de Cohen se observa una diferencia muy pequeña, una correlación muy pequeña en frecuencia. Se destaca el valor de la “d” de Cohen entre el total Importancia y la especialidad diagnóstica de Mama-Ginecología y ORL cuyo valor es muy grande y aumenta el valor del efecto que puede tener el estudio de estas variables.

No hemos hallado diferencias significativas entre los tipos de especialidad diagnóstica y la resiliencia. Concluimos rechazando nuestra hipótesis inicial y no influye el tipo de enfermedad como especialidad diagnóstica a la hora de afrontar el hecho de estar enfermo.

La “d” de Cohen respecto la resiliencia también es pequeño y supone una diferencia muy pequeña.

***Hipótesis 8. La necesidad de comunicación médico-paciente o el afrontamiento de su enfermedad, ¿podría depender del medio (Rural o Urbano) del que procede el paciente?***

Tabla 8. Cuestionarios por *Medio*. Diferencias de Medias y "d" de Cohen

Cuestionarios	Medio	N	Mean	Std. Deviation	Dif. medias	D de Cohen
Total Frecuencias	Rural	119	49,32	13,454	-0.58	-0.04
	Urbano	181	49,90	13,375		
Total Importancia	Rural	119	63,81	7,355	2.33	0.26
	Urbano	181	61,48	10,074		
Total Resiliencia	Rural	119	140,56	19,935	-1.75	-0.09
	Urbano	181	142,31	19,739		

Creemos que no afecta en las necesidades de comunicación y el afrontamiento la edad del sujeto. Se cumple nuestra hipótesis de trabajo. Se puede ver en la Tabla 8 que no existe diferencia significativa entre los valores tanto de Frecuencia como de Importancia en la comunicación relacionadas con el medio urbano o rural.

La “d” de Cohen es muy pequeña, y tan solo destaca en Importancia dada a la situación comunicativa.

El medio urbano o rural donde habita el sujeto no influye en su capacidad de afrontamiento o resiliencia. Se cumple nuestro postulado.

En cuanto al valor de Cohen respecto a la resiliencia y el medio se puede observar que es pequeño, no es significativo clínicamente.

***Hipótesis 9: La necesidad de comunicación médico-paciente o el afrontamiento de su enfermedad, ¿podría depender de los Hijos que tiene el paciente?***

Tabla 9. Cuestionarios por *número de hijos*. Diferencias de medias y "d" de Cohen.

Cuestionarios	Nº. de Hijos	N	Medias	Std. Desv.	Dif. Medias	"d" de Cohen
Total Frecuencias	0-1	158	51,46	13,134	3.78	0.28
	2-8	142	47,68	13,431		
Total Importancia	0-1	158	63,22	8,825	1.73	0.17
	2-8	142	61,49	9,451		
Total Resiliencia	0-1	158	142,54	18,861	1.94	0.10
	2-8	142	140,60	20,818		

Aunque la esperanza de poder seguir aportando la vida del paciente a los hijos es importante creemos que no afecta sustancialmente (significativamente) a la recuperación de su enfermedad. Tras los datos obtenidos en la Tabla 9 se observa que no existen diferencias significativas entre total frecuencia e importancia con los números de hijos. Se cumple nuestra hipótesis planteada.

La "d" de Cohen presenta un valor bajo en Importancia-Comunicación y pequeño-moderado en Frecuencia-Comunicación.

Respecto a la resiliencia no se observa diferencia significativa. La "d" de Cohen presenta un valor pequeño. Se cumple por tanto en vistas al resultado obtenido nuestra hipótesis inicial.

## II.2.4.- Correlaciones

Se analizaron las correlaciones entre las diferentes variables intervinientes en este estudio. Los resultados, mostrados en tablas, y comentarios son los siguientes:

Tabla 10. Correlaciones entre el Estado Civil y las variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Estado Civil	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)
Estado Civil	1	-,012	,056	-,059	-,005	,033
Comunicación (Frecuencias)	-,012	1	,487**	,346**	,884**	,827**
Comunicación (Importancia)	,056	,487**	1	,216**	,639**	,845**
Resiliencia	-,059	,346**	,216**	1	,370**	,287**
Comunicación (Curar)	-,005	,884**	,639**	,370**	1	,759**
Comunicación (Cuidar)	,033	,827**	,845**	,287**	,759**	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Como podemos ver en la Tabla 10, no existe correlación significativa entre el estado civil de los sujetos de nuestra muestra y los diferentes totales de la frecuencia, importancia, resiliencia, curar y cuidar.

Existe correlación significativa positiva moderada de 0,487 entre el valor total de frecuencia y el valor total de importancia, es decir, la frecuencia y la importancia tienen el mismo sentido y grado de asociación.

El estado civil presenta una correlación en sentido negativo y muy baja con la frecuencia de comunicación, con el aspecto de curar de la comunicación y correlación negativa moderada con la resiliencia. El estado civil presenta una correlación positiva y muy baja con comunicación importancia y comunicación en el aspecto de cuidar. El estado civil no presenta una gran asociación ni con los diferentes aspectos de la comunicación estudiados ni con la resiliencia.

Existe correlación de 0,346 entre el total de frecuencia en la comunicación y el total de resiliencia, es una relación entre ambas variables positiva y moderada entre la frecuencia de situaciones comunicativas y la capacidad de afrontamiento del sujeto.

Existe correlación de 0,884 entre total frecuencia y comunicación Curar, es decir, es una correlación positiva y alta entre estas variables de comunicación en la misma dirección tanto en la frecuencia del aspecto comunicativo a la par que el aspecto más curativo de la situación comunicativa.

Existe correlación de 0,827 entre el valor total de la frecuencia y Comunicación en el aspecto de Cuidar, es una asociación positiva y alta entre la frecuencia y la comunicación dirigida a cuidar, es decir, la frecuencia en que aparecen estos aspectos comunicativos están relacionados con el aspecto de cuidar.

Existe correlación positiva y baja de 0,216 entre el valor total importancia y el total de resiliencia, esto es, se relaciona positivamente la importancia concedida a la comunicación en la relación terapéutica médico-paciente y la capacidad de afrontamiento. Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta para el desarrollo de la investigación, en aras, de trabajar y diseñar programas de intervención en mejora de estos aspectos en esta relación que permitan ayudar al paciente.

Existe correlación positiva y moderada de 0,639 entre el total de importancia y Comunicación Curar, es decir, se asociaría el aspecto de la importancia concedida a la comunicación y el aspecto curativo y eficaz de la intervención comunicativa.

Existe correlación positiva y alta de 0,845 entre el total de importancia y la Comunicación Cuidar, con lo cual, van en la misma dirección la importancia de la comunicación y el aspecto comunicativo dirigido a cuidar y no solo a curar.

Existe correlación positiva y baja de 0,370 entre total resiliencia y Comunicación Curar. La capacidad de afrontamiento o resiliencia se relaciona con la comunicación en el aspecto de curar e implica el mismo sentido de asociación y es positivo en la relación terapéutica.

Existe correlación positiva y baja de 0,287 entre el total de resiliencia y Comunicación Cuidar, esto es, el afrontamiento y la comunicación dirigida al cuidado del paciente, siendo el aspecto del cuidar la parte más afectiva, están asociados.

Existe correlación positiva y alta de 0,759 entre comunicación curar y comunicación cuidar. Ambos aspectos de la comunicación el más curativo en la relación y el aspecto del cuidado en la comunicación están relacionados y positivamente. Aspectos importantes de la comunicación y que nos servirán para poder elaborar e incidir en ellos para mejorar la relación comunicativa.

Tabla 11. Correlaciones existentes entre el Tipo de enfermedad y las Variables de Comunicación y Resiliencia.

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Tipo Enfermedad
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	-,154**
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	-,402**
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	-,037
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	-,197**
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	-,341**
Tipo Enfermedad	-,154**	-,402**	-,037	-,197**	-,341**	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

La correlación de - 0,154 de la Tabla 11, corresponde al valor total de frecuencia comunicación con el tipo de enfermedad, es correlación significativa, negativa y muy baja.

Podemos ver una correlación negativa moderada de -0,402 entre el valor total importancia y el tipo de enfermedad. La correlación es significativa e inversa, en que al aumentar la importancia de la comunicación puede disminuir el tipo de enfermedad.

Existe una correlación negativa y muy baja de -0,037 entre el total resiliencia y el total de tipo de enfermedad. Podríamos concluir que a mayor capacidad de resiliencia disminuye el tipo de enfermedad. Importante para afrontar la enfermedad.

Una correlación significativa, negativa y muy baja obtenemos entre la variable comunicar curar y tipo de enfermedad de -0,197, de modo que al aumentar el aspecto curativo de la comunicación disminuye la enfermedad.

Una correlación negativa baja de -0,341 vemos entre comunicar cuidar y tipo de enfermedad, es significativa e inversa entre el aspecto de cuidar y la enfermedad, esto es, a mayor comunicación en cuidados menos enfermedad.

Tal y como se aprecia en la Tabla 12, existe una correlación positiva y baja del valor total de Importancia de la comunicación con género de 0,233 a nivel de significación de 0,01. Ambas variables están relacionadas significativamente.

Existe una correlación positiva muy baja del aspecto de la comunicación cuidar con el género de 0,134 a nivel de significación del 0,05, de modo que se relacionan y el aumento del valor de una aumenta el valor de la otra, y así la atención al cuidado en el aspecto comunicativo está presente en hombres y mujeres.



Tabla 12. Correlaciones existentes entre el Género y las Variables de Comunicación y Resiliencia.

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Género
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	-,011
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,233**
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	-,092
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,050
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,134*

\*\* . La correlación es significativa a al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

También se puede señalar en la Tabla 12 una correlación negativa y muy baja de 0,092 entre el género y la resiliencia aunque no es significativa, es escasa la relación entre ambas variables estudiadas.

Tabla 13. Correlaciones existentes entre la Edad (por tramos) y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Edad x tramos
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,024
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,122*
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,035
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	-,032
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,136*
Edad x tramos	,024	,122*	,035	-,032	,136*	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Se puede ver en la Tabla 13, una correlación positiva y muy baja de 0,122 a nivel de significación del 0,01 entre el total de importancia comunicación y la edad por tramos, es decir, la importancia que se le concede a la comunicación está significativamente relacionado con la variable edad por tramos que se realizaron en el estudio, así, teniendo en cuenta estos aspectos relacionados se puede intervenir.

Como vemos en la Tabla 13, existe entre el total de comunicación en el aspecto de cuidar y la edad por tramos una correlación positiva y muy baja de 0,136 a nivel de

significación de 0,01, concluyendo que se relacionan y se asocian en la misma dirección el cuidado en el aspecto comunicativo y la edad.

También observamos con una correlación positiva y muy baja de 0,035 que no es significativa entre la resiliencia y la edad por tramos.

Tabla 14. Correlaciones existentes entre el Estado Civil (reducido) y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Estado Civil Reducido
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,008
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	-,024
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	-,033
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,008
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	-,022
Estado civil Reducido	,008	-,024	-,033	,008	-,022	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 14, se puede observar que no existen correlaciones entre el estado civil y el resto de variables tanto de comunicación (frecuencia, importancia, curar y cuidar) como de resiliencia. Podemos señalar que aunque no es significativa la relación de estas variables se observa que está presente una relación muy baja positiva como entre el total frecuencia, y curar o incluso negativa muy baja entre el estado civil y la resiliencia y comunicación importancia y cuidar.

Tabla 15. Correlaciones existentes entre el número de Hijos y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Hijos x tramos
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	-,141*
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	-,094
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	-,049
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	-,161**
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	-,115*
Hijos x tramos	-,141*	-,094	-,049	-,161**	-,115*	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 15, vemos una correlación negativa muy baja de -0,141 a nivel de significación de 0,05 entre hijos por tramos y total de frecuencia comunicación, y

correlación también negativa y muy baja de -0,161 entre hijos por tramos y comunicación curar a nivel de significación de 0,01. También observamos una correlación negativa y muy baja de -0,115 entre hijos por tramos y comunicación cuidar. Es correlación negativa y muy baja de la resiliencia con variable hijos por tramos aunque no sea significativa.

Tabla 16. Correlaciones existentes entre la Situación Laboral y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Situación laboral
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,017
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,133*
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,001
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	-,006
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,118*
Situación laboral	,017	,133*	,001	-,006	,118*	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Se observa en la Tabla 16, que existe correlación positiva y muy baja de 0,133 a nivel de significación de 0,05 entre la situación laboral y total importancia comunicación. Existe correlación positiva y muy baja entre situación laboral y comunicación cuidar de 0,118. Estas variables se correlacionan significativamente y están directamente relacionadas, por lo que se destaca el aspecto de la importancia en la comunicación que destacan los pacientes, así como el aspecto de cuidar en relación con la situación laboral.

Frecuencia en la comunicación y el aspecto curativo no tienen significatividad estadística en su relación. La resiliencia no tiene apenas relación con esta variable, no tiene significancia estadística ni clínica.

Existe correlación negativa y muy baja de -0,122 entre el nivel educativo y el total de importancia en comunicación y una correlación negativa entre nivel educativo y comunicación cuidar de -0,137 a nivel de significación de 0,05. Como vemos en la figura 17, aunque estas variables están relacionadas lo realizan de forma inversa de modo que mayor importancia y cuidar la comunicación le corresponde una menor relación con el nivel educativo.

Tabla 17. Correlaciones existentes entre el Nivel educativo y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Nivel Educativo
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	-,014
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	-,122*
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,036
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,059
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	-,137*
Nivel Educativo	-,014	-,122*	,036	,059	-,137*	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Las únicas correlaciones positivas y muy bajas del nivel educativo aunque sin significación son 0,036 con el total de resiliencia, y con comunicar curar con 0,059. No se desprende una inferencia significativa para el estudio y aplicación posterior.

Tabla 18. Correlaciones existentes entre la Profesión y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencias)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Profesión
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,057
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	-,002
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,068
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,002
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,053
Profesión	,057	-,002	,068	,002	,053	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 18, vemos que entre la profesión y los totales de resiliencia y comunicación (frecuencia, importancia, curar, cuidar) no existe correlación significativa. La relación de la resiliencia con la profesión es de 0,068, no es significativa, además es muy baja aunque sea positiva; lo mismo sucede con la comunicación en el aspecto de cuidar (0,053) y frecuencia (0,057) en la comunicación en relación con la profesión que tienen una correlación no significativa aunque sea positiva y además muy baja.

Tabla 19. Correlaciones existentes entre el Medio y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencia)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Medio
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,021
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	-,125*
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,043
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,011
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	-,075
Medio	,021	-,125*	,043	,011	-,075	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 19, obtenemos con la variable medio una correlación negativa y muy baja a nivel de significación del 0,05 con el total de importancia en la comunicación de -0,125. Es correlación significativa e inversa.

La resiliencia o afrontamiento correlaciona no de forma significativa estadísticamente en un 0,043 con el medio. El resto de correlaciones son positivas y muy bajas pero sin significación entre el medio y la comunicación en frecuencia o en curar.

Tabla 20. Correlaciones existentes entre la Fecha del diagnóstico y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencia)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Fecha del Diagnóstico
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,122*
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,032
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,094
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,127*
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,070
Fecha del Diagnóstico	,122*	,032	,094	,127*	,070	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Podemos ver en la tabla 20 que existe una correlación positiva y muy baja de 0,122 a nivel de significación de 0,05, de la fecha del diagnóstico con el total de frecuencias, y de 0,127 con la comunicación curar. Son relaciones significativas

estadísticamente entre frecuencia en que se produce esta comunicación y el aspecto curativo de la comunicación con el tiempo que hace del diagnóstico de la enfermedad.

La resiliencia aunque no de forma significativa tiene una correlación positiva y muy baja con la variable tiempo desde el diagnóstico. Resto de valores de comunicación importancia y cuidar son muy bajos sin significación estadística.

Tabla 21. Correlaciones existentes entre el Tipo de tratamiento y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencia)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Tratamiento
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,127*
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,193**
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,088
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,148*
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,179**
Tratamiento	,127*	,193**	,088	,148*	,179**	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 21 podemos ver que existe una correlación positiva y muy baja de 0,127 a nivel de significación de 0,05 entre el tratamiento y el total de frecuencia en comunicación, una correlación de 0,193 a nivel de significación de 0,01, entre el tratamiento y el total de importancia en comunicación, esto es que tanto la frecuencia como la importancia respecto el tratamiento se relacionan en la misma dirección.

Existe una relación positiva y muy baja de 0,148 significativamente al 0,05, entre el tratamiento y la comunicación curar, y una correlación también positiva y muy baja de 0,179 a nivel de significación de 0,01 entre el tratamiento y la comunicación cuidar.

Podemos concluir que esta variable tratamiento está relacionada con la comunicación en todos los aspectos tanto en frecuencia, importancia, curar y cuidar, y por tanto se puede incidir en estos aspectos a aplicar en futuros programas de comunicación.

La resiliencia presenta una escasa correlación positiva de 0,088 no significativa con el tratamiento.

Tabla 22. Correlaciones existentes entre la Fase de la enfermedad y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencia)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Fase de Enfermedad
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	-,076
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,084
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	-,032
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	-,072
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,037
Fase de Enfermedad	-,076	,084	-,032	-,072	,037	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como podemos ver en la Tabla 22 no existe correlación significativa entre la fase de enfermedad y los distintos totales tanto de resiliencia como de comunicación en frecuencia, importancia, curar y cuidar. No podemos concluir significativamente relación entre estas variables del estudio.

Podemos comentar que la resiliencia presenta una correlación no significativa negativa y muy baja en relación a la fase de enfermedad.

Tabla 23. Correlaciones existentes entre el Diagnóstico no-oncológico crónico y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencia)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Diagnóstico no oncológico crónico
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,156**
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,076
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,030
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,172**
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,110
Diagnóstico no oncológico crónico	,156**	,076	,030	,172**	,110	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 23 se puede ver la existencia de una correlación positiva y muy baja pero significativa a nivel de 0,01, de 0,156 entre el diagnóstico no oncológico crónico y el valor total frecuencia en comunicación, y una correlación al mismo tipo de significación de 0.01, positiva y muy baja de 0,172 entre este diagnóstico y comunicar curar.

En la resiliencia aunque no es significativa estadísticamente observamos una correlación positiva y muy pequeña de 0,030 en relación al diagnóstico crónico no oncológico. Igual sucede con comunicar cuidar e importancia, la relación con el diagnóstico es muy pequeña y no significativa.

Tabla 24. Correlaciones existentes entre el Diagnóstico agudo y las Variables de Comunicación y Resiliencia

Variables	Comunicación (Frecuencia)	Comunicación (Importancia)	Resiliencia	Comunicación (Curar)	Comunicación (Cuidar)	Diagnóstico Agudo
Comunicación (Frecuencia)	1	,487**	,346**	,884**	,827**	,145*
Comunicación (Importancia)	,487**	1	,216**	,639**	,845**	,400**
Resiliencia	,346**	,216**	1	,370**	,287**	,078
Comunicación (Curar)	,884**	,639**	,370**	1	,759**	,179**
Comunicación (Cuidar)	,827**	,845**	,287**	,759**	1	,340**
Diagnóstico Agudo	,145*	,400**	,078	,179**	,340**	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Como apreciamos en la Tabla 24, existe correlación positiva y muy baja de 0,145 entre el diagnóstico agudo y el total de frecuencia comunicación a nivel de significación de 0,05. Existe correlación positiva y moderada de 0,400 entre el diagnóstico agudo y total de importancia a nivel de significación de 0,01, al igual que con comunicación curar con 0,179, siendo una correlación positiva moderada y significativa al 0,01, y con comunicación cuidar con 0,340, que es una correlación positiva y baja. Señalamos la relevancia que tiene esta correlación en la comunicación fundamentalmente en los aspectos de frecuencia, importancia, curar y cuidar. Son las correlaciones más significativas del estudio y permiten obtener conclusiones para dar significado a estos valores útiles e interesantes para comprender el interés del estudio.

Observamos igualmente que la resiliencia presentaría una correlación positiva y muy baja, sin ser significativa y de 0,078 con el diagnóstico agudo.





---

## **III.- DISCUSIÓN**

---



### III.- DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos vamos a analizar en conjunto con las variables Comunicación y Resiliencia los aspectos más significativos del estudio aunando cuestiones teóricas y prácticas de diferentes estudiosos del tema de comunicación y de la resiliencia y, por supuesto relacionado en el tema de la enfermedad y en la relación terapéutica médico-paciente.

En el transcurso de nuestra investigación se ha observado y constatado que la comunicación es un proceso dinámico y se sustenta en una serie de competencias comunicativas y habilidades en la relación terapéutica médico-paciente al igual que manifiesta Gómez-Sancho (1994).

También hemos visto la importancia que tiene en el proceso de relación asistencial médico-paciente, atender al paciente en su dolor físico pero también es importante atenderlo en su globalidad, tanto física como emocionalmente, siendo conveniente establecer pautas de comunicación que faciliten la fluidez de la información en la relación asistencial, hecho que también proponen Oliva, Lupiani, Gala y Suárez (2006).

Los propios autores del Cuestionario de Comunicación Navarro et al. (2010), obtuvieron tras el estudio de este tema tan importante como son las necesidades de información y comunicación en el paciente oncológico, que puntuaban más los ítems relativos a los aspectos informativos, en contraste con los aspectos emocionales de la comunicación, y constataron que los oncológicos supervivientes tenían en las diferentes situaciones una mayor puntuación en importancia a comparación de los oncológicos en otras fases de la enfermedad, tal y como también hemos podido corroborar puesto que frente a un diagnóstico de un cáncer o la incertidumbre sobre una enfermedad, la información en primer lugar le ayudará al paciente a controlar la situación en un contexto de comunicación eficaz.

En estudios realizados por Travado, Grassi y Gil (2005), para ver los efectos de la comunicación en los pacientes se ha constatado que esta habilidad comunicativa puede incluso detectar problemas psicológicos al paciente y adecuar su derivación a otros

profesionales; la comunicación también está relacionado con la mayor implicación en la salud del paciente, control de síntomas y adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta al individuo desde el modelo biopsicosocial como se traduce en una comunicación terapéutica al considerar al enfermo formando parte de la toma de decisiones, y no solo considerar la enfermedad en sí misma..

Al identificar necesidades de información y de comunicación en pacientes, una vez más vemos en estudios como los de Pire, Grau y Llantá (2001), en los que los sujetos expresan no sentirse informados en el proceso continuo de comunicación y no tener en cuenta su globalidad ni compartir la elección de las decisiones con su médico en torno a su enfermedad por lo que no tendrá una implicación activa y al contrario será un paciente pasivo.

También hemos comprobado que el tipo de enfermedad con sus características propias va a influir en la relación médico-paciente, y cada enfermedad va a requerir en cada momento unas necesidades diferentes en cuanto a información y comunicación.

Dada las características de la enfermedad oncológica y el miedo y la incertidumbre que produce en un primer impacto, el profesional se concienza, y se preparan Programas para cuidar al paciente desde el primer momento del diagnóstico. La Medicina española pretende ser sensible ante la patología oncológica y en estudios se comprueba lo que el paciente percibe y necesita. En este estudio afianzamos la necesidad de la comunicación en esta relación terapéutica. Utilizando esta habilidad para cuidar al paciente.

La enfermedad crónica también con sus características de adaptación a la enfermedad y sometimiento a un tratamiento paliativo que le permite vivir, actualmente está siendo objeto de cuidados por parte de la Sanidad realizando Programas del paciente activo y guías de crónicos, en cada una de las diferentes enfermedades del paciente. Es una enfermedad para toda la vida y va a repercutir en el sujeto y en la familia y en su desarrollo psicosocial. Importa mucho la implicación y adherencia al tratamiento, y el paciente crónico se nota también en nuestro estudio exigente y cansado, solicitando esa comunicación.

En los enfermos agudos y eficazmente resuelto el problema y sin secuelas podemos ver que la mayor parte se encuentra satisfecho tanto en información como en comunicación y algunas situaciones comunicativas no las consideran importantes, influido por supuesto también por la relación terapéutica corta y la curación absoluta del problema.

La información dada al paciente en todos los casos sobre su enfermedad debe ser clara, prudente y mantener la esperanza implicando al paciente, sobre todo si es un paciente crónico que va a mantener una relación terapéutica más larga y continuada en el tiempo, y cuyo tratamiento no va a ser curativo sino paliativo y debe aprender a convivir con la enfermedad, precisando por tanto de una asistencia programada, activa, y participativa de su proceso valorando las razones de los tratamientos, y procurando así un eficaz cumplimiento terapéutico. Esto es comprobado a lo largo de la investigación y tal como lo comentan Anguera, Peyra y Palerm (1998). Además ahora podemos ver en el Sistema Sanitario Español programas de paciente activo que proponen una implicación del paciente en su tratamiento, y pensamos que para llevarlos a cabo se tiene que aprender a comunicar con el paciente para motivarlo.

Señala Centeno (1998), que la información y la comunicación disminuyen claramente su miedo e incertidumbre, ofrecen seguridad y comprensión y por tanto la satisfacción del paciente aumenta en esa relación. De esta manera se considera la comunicación verbal y no verbal como instrumento terapéutico que ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente.

Al igual que Kaplan, Greenfield y Ware (1989), hemos comprobado que existen factores como la disponibilidad para resolver sus dudas, capacidad de escucha, de información y de entender su sufrimiento son aspectos de la comunicación, comprobando además en estudios que una mejor comunicación centrada en el paciente hacía percibir una mejora de la salud.

Las habilidades de comunicación del médico mejoran la salud del paciente que percibe más resolución de su proceso de enfermedad, así como una coparticipación en su proceso y toma de decisiones. Una vez más se demuestra una mayor adherencia al tratamiento y percepción de salud y control sobre su enfermedad, es decir, que el médico que empatiza, explora las necesidades y expectativas del paciente aumenta la implicación del paciente y su bienestar.

En un estudio que menciona la Dra. M<sup>a</sup> José Godoy Fernández (2000), sobre la valoración de la comunicación con los profesionales de la salud en enfermos oncológicos, reitera la necesidad de la enseñanza de técnicas de comunicación para los profesionales del hospital o de atención primaria que pueden hablar más con los cuidadores del paciente.

Martín, Sarmiento y Ramírez (2014) y Ugarte (2008), evidencian la importancia de la comunicación del profesional con el paciente para la mejora de la calidad de la atención., requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible, dada con acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamiento.

Moore et al. (2012), estudiaron las dificultades de comunicación entre profesionales y pacientes con cáncer y destacaron los aspectos clave para mejorar la comunicación con los pacientes, como la formación del profesional en habilidades para dar información veraz pero sin generar expectativas falsas, crear un clima de confianza y solidaridad, usar un lenguaje asequible, tener en cuenta las necesidades de información de la familia, dedicar el tiempo suficiente y utilizar un protocolo de atención consensuado por el equipo de profesionales.

Tener entrenamiento en comunicación, aclarar dudas y temores, verificar la comprensión de la información, utilizar métodos pedagógicos, utilizar un lenguaje comprensible, acorde a la comprensión de los usuarios.

Los pacientes oncológicos son los que con más frecuencia perciben que las dudas de su enfermedad son resueltas, seguidas del grupo de agudos. El grupo de pacientes oncológicos por tanto en un 73% vive la situación de tranquilidad al tener a un profesional médico que le informa.

Nos llama la atención que en el grupo de crónicos, la respuesta a veces ocupa un gran porcentaje, teniendo en cuenta que son los pacientes con una larga duración de enfermedad y por tanto la relación médico-paciente es más continuada. En este grupo observamos que dada su cronicidad en la enfermedad hay preguntas que no se pueden resolver por parte del profesional médico.

En los casos de enfermedad crónica se aprecia que el paciente necesita una gran motivación para implicarse en un tratamiento que va a ser paliativo y precisa de una

---

gran adaptación a la enfermedad, posiblemente en medicación, hábitos, revisiones y el cuidado de la enfermedad ocupa un lugar importante en la vida del sujeto.

En los enfermos agudos también observamos que en la mayor parte las dudas de su enfermedad se resuelven. En este grupo de sujetos más del 60% tienen la vivencia de tener las dudas sobre su enfermedad resueltas.

Todos los grupos dan mucha importancia al hecho de tener un profesional que le resuelva las dudas sobre su enfermedad. El paciente oncológico es el que más lo valora, seguido de los crónicos quienes en un porcentaje menor nos indica que no es muy importante este aspecto, tal vez, porque ya la información sobre su enfermedad ya es limitada en adelantos y se puede apreciar algo de desesperanza en la relación médica. En los agudos al resolverse su proceso en un espacio corto de tiempo y aunque valora este aspecto de resolver las dudas de la enfermedad, hay un porcentaje menor de personas que no le conceden mucha importancia a que le resuelvan todas las dudas de la enfermedad aguda que cursó y de la que se recuperó.

La muestra de sujetos oncológicos percibe con más frecuencia que el médico les reconforta en los momentos en los que lo necesita. Este aspecto se refiere más al cuidado del paciente, y es la parte de ayuda y de ánimo para adaptarse a la enfermedad y superarla. También perciben esto los enfermos crónicos pero existe un 13% que comunica que el médico no les reconforta nunca. Este grupo de pacientes ha llevado un tiempo de adaptación a la enfermedad y cuesta llevar así una vida normal.

El paciente con enfermedad aguda percibe en su mayor parte este ánimo que le puede ofrecer el médico en el tiempo que dura su enfermedad.

Son los sujetos oncológicos quienes consideran que el médico les reconforta en los momentos en los que lo necesita, muy importante. No existe ningún sujeto oncológico que piense que este aspecto no es importante. El paciente oncológico por el propio matiz de la enfermedad, precisa y percibe como importante esa atención para ayudarlo a sobrellevar su enfermedad.

Si bien el paciente oncológico percibe que su médico entiende como se encuentra emocionalmente en su enfermedad, es importante señalar que existe un porcentaje, alrededor del 30% que no se encuentra comprendido. A pesar del intento de cuidado de la enfermedad es difícil empatizar con el paciente por parte del profesional, a veces



también por las consultas saturadas y porque el aspecto emocional del paciente es más exigente. Este aspecto es señalado importantísimo para esta muestra de sujetos.

El paciente crónico, por las características de su enfermedad incurable y con tratamiento paliativo aunque en su mayor parte percibe la comprensión del médico, existe un porcentaje de pacientes que informa no sentirse entendido.

La enfermedad aguda y resuelta, hace percibirse al paciente comprendido en la mayoría de los casos.

La muestra de sujetos oncológicos no habla con el médico como profesional para comentar aspectos espirituales, pero es el grupo que más importancia concede a esta situación comunicativa, y por el contrario los pacientes agudos son los que menos plantean hablar con el médico de espiritualidad en relación a su enfermedad.

No suele ser habitual que el médico refuerce la información dada con guías, folletos o conferencias en ninguno de los tres grupos de enfermedad aunque el grupo de crónicos es el más informado y pensamos que al someterse a cuidados continuos finalmente reafirman sus informaciones con otro tipo de material. Es un aspecto de la comunicación importante para oncológicos y crónicos.

Los pacientes de la muestra total pueden preguntar con libertad diferentes aspectos relacionados con su enfermedad, y así lo hacen con frecuencia. Este aspecto es muy relevante para todos los pacientes, fundamentalmente para los oncológicos.

La mayoría de los pacientes percibe con frecuencia que si el médico no puede ayudarle le indica dónde puede apoyarse (psicólogos, grupos de apoyo, otros profesionales...), sobre todo los pacientes oncológicos, observando que un 12% de los crónicos opina que nunca se da esta situación considerando casi la relación con el médico como única. Esta situación comunicativa es considerada relevante en todos los grupos.

El 28% de los sujetos oncológicos de nuestra muestra opina que aparte de aspectos médicos nunca pueden hablar de otros aspectos que le preocupan con el médico, el 24% comunica que casi siempre pueden hablar de otros aspectos, el 21% a veces, y el 17% siempre pueden hablar con el médico de otros temas que le preocupan. El sujeto oncológico revela que en la relación médico-paciente se verbaliza más el aspecto médico que otros problemas que le preocuparan, aunque también un porcentaje

de pacientes habla de otros aspectos laborales, familiares y sociales. Un 28% solo habla de temas de su enfermedad. Ese tema es útil por la globalidad de la salud del sujeto.

Los pacientes crónicos son los que más hablan de otros aspectos con el médico pero no de forma habitual a pesar de tener una relación continuada con su médico. Los sujetos agudos son los que menos hablan de otros temas, también por ser una relación breve y puntual. Aún así consideran que es importante, a veces la enfermedad supone un cambio en la vida del sujeto que le afecta a otras esferas.

El médico que trata al paciente de nuestra muestra proporciona confianza y esto es percibido por todos los pacientes, sobre todo por los oncológicos. Todos los grupos lo consideran importante sobre todo los oncológicos.

Habilidad, sensibilidad, competencia, cortesía, credibilidad, comprensión, son conductas presentes en la comunicación. La comunicación ocupa un lugar importante en la satisfacción del paciente, dado que la labor del sanitario es, por un lado técnica y competencia profesional, pero por otro también interpersonal y de relación, es decir, se compone de aspectos técnicos y comunicativos.

Corroborar esta afirmación el estudio de satisfacción del paciente de Feliú, Beldo y Blanco (2006), en los que se ha observado que, además de la duración de la consulta y competencia profesional, también las habilidades de comunicación del profesional, su disposición para consultar dudas y temores, la información que transmite y, en definitiva, la atención que presta a los problemas psicosociales, constituyen aspectos importantes que intervienen en la satisfacción del paciente.

Sería conveniente que la gestión sanitaria incorporara mejoras en la comunicación. También recordamos que en la insatisfacción del paciente está presente la falta de información y problemas en la relación médico-paciente, es decir, problemas en la comunicación. En la población con cáncer ocurre lo mismo, hay pacientes satisfechos con la competencia profesional pero frecuentemente señalan que se debe mejorar la información y la comunicación (Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, 2010). Es importante hacer acompañamiento emocional, lograr vinculación afectiva, modular actitudes negativas, comprender significados emocionales del lenguaje no verbal, centrarse en las necesidades del paciente, modular las emociones del profesional, tener disponibilidad y disposición para la atención

Un elevado porcentaje de todos los sujetos de la muestra consideran que con frecuencia el médico le hace partícipe de las decisiones que se tomen en relación con su enfermedad, aún así consideramos que este aspecto debe ser trabajado para implicar más al paciente. Todos los pacientes lo consideran muy relevante.

Los pacientes oncológicos son los que se perciben más escuchados por el médico, aunque en general es frecuente apreciar en el médico su escucha activa ante su problema. Este es un aspecto muy importante en la relación comunicativa fundamentalmente para los sujetos oncológicos.

Los sujetos que más sienten y frecuentemente pueden expresar abiertamente sus emociones cuando están con el médico, son los pacientes oncológicos y además para ellos es muy importante.

Podemos ver que en el sujeto oncológico es algo más frecuente que perciban la preocupación por el médico de que haya comprendido la información dada, aunque en los tres grupos esta situación comunicativa se produce habitualmente. Esta situación es muy importante para los tres grupos. Estudios de Camps en el Hospital General Universitario de Valencia (SEOM, 2006) demostraron tener una comunicación de baja calidad, ya que en el 75% de los casos los pacientes no recordaban su diagnóstico y, los enfermos no recordaban lo que el médico les informa, considerando la importancia de que el profesional debe prepararse más en este tema para su labor asistencial, incluso señala el Dr. Camps que esa falta de comunicación puede suponer un aumento de tratamiento, falta de control de síntomas y secuelas psicosociales.

Ballesteros, Sánchez, Fernández, Criado y García (2010), estudian si la comunicación médico-paciente es realmente efectiva, es decir, si el paciente comprende los puntos fundamentales del mensaje: cuál era el motivo de la visita y que recomendaciones le aconsejaron para intentar resolver su problema. En su discusión los resultados del estudio reflejaron que la mayoría de los pacientes había comprendido el mensaje tal como lo quería transmitir el médico (89%), aunque es considerable que más del 10% de los pacientes no entendieron correctamente la información.

Los sujetos oncológicos son los que más perciben que el médico se preocupa por su estado de ánimo, es muy importante que esto se produzca para afianzar la relación comunicativa. Llama la atención que en el grupo de crónicos un 9% no percibe en el médico esa preocupación, a pesar de esa larga relación con él. En el caso de los agudos

aunque un 17% no nota esa preocupación encontraríamos el porqué en la brevedad de la relación y lo físico de la enfermedad.

Esta situación es importantísima para el paciente oncológico, para el paciente crónico y poco importante para el agudo. Afirma Belén et al., que los pacientes necesitan ser reconocidos en sus necesidades, sentimientos, creencias y opiniones, para poder confiar más en el proceso de atención clínica, en especial cuando el diagnóstico y sus implicaciones conllevan un alto nivel de sufrimiento y preocupación, como es el caso de las enfermedades crónicas de alto impacto, aspecto que también hemos visto en el estudio.

El paciente que más comenta con su médico las emociones que le producen los tratamientos, es el paciente oncológico, y también el paciente crónico que comenta los tratamientos que le otorgan.

Podemos considerar la resiliencia como proceso por el que se desarrolla la adaptación positiva frente a situaciones de adversidad como la considerada en forma de enfermedad. La persona está en situación adversa pero a pesar de ello activa respuestas de adaptación positiva como señala Luthar et al. (2003).

Se destaca que las redes de apoyo social son importantes en los sujetos para promover esta resiliencia como señala también Wolkow y Ferguson (2001). La resiliencia es una respuesta adaptativa individual, producto de atributos individuales y contingencias socioambientales y, en caso de circunstancias adversas, destaca contar con fuentes de apoyo externo que favorecen la manifestación del comportamiento resiliente. El enfoque de resiliencia resalta los aspectos positivos que muestran las personas y sus posibilidades para la superación.

La resiliencia como capacidad para enfrentar situaciones adversas, puede plantearse como modelo en el proceso de enfermedad, y como dice Chiavenato (2002), analizando la capacidad de afrontamiento de los pacientes para adaptarse a estos cambios, puede ser la clave para superar la adversidad en la vida, adaptarse y salir fortalecidos.

Analizando el impacto negativo del cáncer, se pueden desarrollar actuaciones que minimicen el impacto emocional y promover la regulación emocional. Las personas resilientes presentan características similares, son realistas, tratan de optimizar su salud, mantienen una capacidad de renovarse, creen en una misión de vida, se plantean un

proyecto de vida, donde la vida tiene sentido, pueden mantener una continua mejoría para recobrar la salud perdida, es como por medio del aprendizaje significativo que adquieren conocimientos para apoyarse en sus fortalezas a fin de superar sus debilidades, aprender de la adversidad, la cual es una tarea ardua y difícil que necesita tiempo y valentía para recuperarse y desarrollar con persistencia actitudes y soluciones en ese camino difícil que es recuperarse ante la enfermedad. Es así también en los sujetos de nuestra muestra analizando las afirmaciones del Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

Se muestra en el estudio de Quiceno y Vinaccia (2011), como la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, especialmente, al área de la enfermedad crónica, y es un factor de protección. La investigación basada en la evidencia ha sido concluyente en afirmar que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix et al., 2008). En Australia, se desarrolló un estudio con pacientes enfermos de síndrome de fatiga crónica, diabetes, psoriasis artrítica, osteoartritis, fibromialgia, depresión, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, esclerosis múltiple, cardiopatía y dolor crónico, entre los 21 y 65 años de edad, donde se concluyó que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad (Kralik, Van Loon y Visentin, 2006), datos similares obtenemos en los sujetos de nuestra investigación.

Importante la conclusión de Quiceno (2011), demostrando que un programa de intervención focalizado en resiliencia puede potenciarla y producir cambios importantes a nivel biopsicosocial y espiritual en pacientes, observación que también obtenemos en el estudio.

Es importante el apoyo social, como hemos podido comprobar en nuestra investigación, grupos de autoayuda para afrontar positivamente la enfermedad, el optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo pues son variables que favorecen y modulan la resiliencia y sirven como factores de protección hacia la salud. Importa por tanto el apoyo social pero también el sujeto debe canalizar sus propios recursos de afrontamiento que junto con la familia y recursos comunitarios como avala Acinas (2014).

La resiliencia está enmarcada por sí misma en la Psicología de la Salud y la Psicología Positiva pudiendo intervenir en la salud-enfermedad con enfoque de promoción e intervención mediante la resiliencia, como informa Remor (2008), y por supuesto desde la comunicación.

Hemos podido comprobar en los sujetos de nuestra muestra que son resilientes tanto en la enfermedad oncológica, como crónica como aguda. No ha habido diferencias significativas entre los grupos. Pasamos a comentar las afirmaciones de nuestros pacientes en torno a la resiliencia. La enfermedad irrumpe en la vida del sujeto y ante esta situación adversa el sujeto puede desarrollar la resiliencia que le permite crecer ante esta adversidad.

En los tres grupos de enfermedad los sujetos están mayoritariamente de acuerdo en realizar las cosas que planean, arreglárselas de una u otra manera, depender más de sí mismo que de otras personas, mantenerse interesado en las cosas, estar solo si lo precisa, sentirse orgulloso de haber logrado cosas en su vida, ven las cosas a largo plazo, ser amigo de si mismo, sienten que pueden manejar varias cosas al mismo tiempo, son personas decididas, rara vez se preguntan cual es la finalidad de todo, toman las cosas una por una, pueden enfrentar las dificultades porque las han experimentado antes, tienen autodisciplina, se mantienen interesados por las cosas, por lo general encuentran algo de qué reírse, el creer en sí mismos le permiten atravesar tiempos difíciles, en una emergencia son personas en las que se puede confiar, generalmente pueden ver una situación de varias maneras, algunas veces se obligan a hacer las cosas aunque no quieran, su vida tiene significado, no se lamentan de las cosas por las que no pueden hacer nada, cuando están en una situación difícil, generalmente encuentran una salida, tienen la energía suficiente para hacer lo que deben hacer y aceptan que hay personas a las que no les agradan.

Podemos señalar que los sujetos oncológicos son los que presentan un porcentaje algo mayor en estar completamente de acuerdo, en todas estas afirmaciones que en el resto de los grupos, excepto en la situación de tomar las cosas de una en una, en la que son los pacientes agudos los que se toman las cosas con más tranquilidad.

Observando estos resultados debemos tener en cuenta la propia muestra de sujetos y sus características no solamente por la tipología de la enfermedad.

El enfermo agudo, si bien tuvo un proceso patológico se resolvió eficazmente y sin secuelas. Realiza la vida normal una vez superado el proceso patológico.

El enfermo crónico ha tenido un proceso de adaptación a su enfermedad y continúa en ese proceso puesto que la enfermedad no se cura sino que se logra paliar los síntomas negativos: aún así en este grupo de pacientes en un largo continuo de enfermedad, se muestran resilientes, ¿Por qué? La captación de la muestra de sujetos crónicos procede en su mayor parte de las Asociaciones en las que participaban en Talleres y actividades, estaban integrados y activos y además eran muy voluntariosos en temas relacionados con su enfermedad, formaban parte de un grupo social y de apoyo. Estas características ya forman parte del proceso de resiliencia.

El enfermo oncológico, con el matiz negativo de su enfermedad a priori, pudimos ver que se sentía amparado y cuidado; también en su mayor parte la muestra de sujetos oncológicos procedía de Asociaciones, con lo cual, estaban ocupando su tiempo en actividades lucrativas, talleres, exposiciones, conferencias y lo que es más importante compartían sus experiencias en el ámbito social y de apoyo. Esto es importante para que se desarrolle el proceso de resiliencia.

---

## **IV.- CONCLUSIONES**

---





---

## IV.- CONCLUSIONES

1. Confirmamos la necesidad de la información y de la comunicación en la relación terapéutica médico-paciente en los tres grupos. En los pacientes oncológicos y crónicos es muy relevante tanto la frecuencia en que se producen las situaciones comunicativas referidas en el Cuestionario de Comunicación de Navarro et al. (2010), como la importancia que se le conceden en el contexto sanitario. Observamos también que la importancia es significativa para los pacientes agudos. Señalamos que hay diferencia significativa entre los tres grupos de enfermedad en Importancia, aceptando nuestra hipótesis de trabajo y concluyendo que la comunicación del personal médico con el paciente va a depender del tipo de enfermedad. Existe diferencia en la frecuencia de estas situaciones en oncológicos con crónicos y agudos por lo que concluimos que la enfermedad influye en la frecuencia de situaciones comunicativas. Finalmente entre pacientes crónicos y agudos no existe diferencia en frecuencia y se rechaza nuestra hipótesis en estas dos patologías en frecuencia. No difiere la frecuencia en que se producen estas situaciones comunicativas en crónicos y agudos. Atendiendo al resultado de la “d” de Cohen, en Frecuencia de estas situaciones entre grupos es pequeña y no tendría relevancia práctica. En Importancia obtenemos una diferencia importante entre oncológicos y agudos que nos permiten realizar una aplicación práctica del estudio.

2. La capacidad de afrontamiento o resiliencia no depende del tipo de enfermedad del sujeto. La “d” de Cohen del estudio supone un valor que destaca una diferencia muy pequeña entre la resiliencia en oncológicos, crónicos y agudos, por lo que nos hace pensar en poca relevancia práctica.

3. El nivel de estudios no va a ayudar significativamente para afrontar la enfermedad ni en el tema de la Comunicación. Podemos obtener una aplicación práctica dada la “d” de Cohen respecto a la Frecuencia de estas situaciones comunicativas en el nivel de estudios Secundarios-Formación Profesional, y en Importancia entre los diferentes estudios con una Cohen moderada.

4. El afrontamiento no depende del nivel de estudios. El valor de la “d” de Cohen es muy pequeño, tan solo destaca el valor pequeño-moderado entre Secundaria y Formación Profesional.

5. Las mujeres dan más importancia que los hombres a la comunicación con el médico. Por tanto rechazamos nuestra hipótesis inicial puesto que existe diferencia entre las variables estudiadas en los grupos de hombres y mujeres y no son diferencias causadas por el azar, siendo muy significativo en la Importancia de la Comunicación que informan las mujeres. Respecto a la Frecuencia en la Comunicación no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres en este aspecto por lo que se cumple nuestra hipótesis inicial. Además existe una “d” de Cohen muy baja entre estas diferencias entre hombres y mujeres tanto en Frecuencia como en Comunicación.

6. En la resiliencia o capacidad de afrontamiento entre hombres y mujeres no hay diferencia significativa, no se relacionan estas variables y aceptamos la hipótesis inicial. En la resiliencia se observa una “d” de Cohen pequeña.

7. No hay diferencias significativas entre el Estado Civil y el total de Frecuencias e Importancia, por lo tanto se cumple nuestro postulado que el estado civil del sujeto no influye en sus necesidades de comunicación en la relación terapéutica médico-paciente. Por lo tanto aceptamos nuestra hipótesis inicial y estas variables no estarían relacionadas, no existiría asociación entre ellas. En cuanto a la “d” de Cohen en Comunicación (Frecuencia e Importancia) podemos observar que tiene un valor muy pequeño y es muy pequeña la diferencia entre estos valores estudiados con lo que el resultado no tendría una relevancia significativamente clínica.

8. En lo que respecta a la Resiliencia se puede observar que no existen diferencias significativas entre el Estado Civil y la Comunicación por lo que aceptamos nuestra hipótesis inicial y no están relacionadas. La “d” de Cohen como podemos ver en la Tabla 4 es muy pequeña.

9. No hay diferencias significativas entre los diferentes tramos de edad respecto al total de frecuencia e importancia en la comunicación, por lo que no es un factor significativo en la relación con el médico ni en la resiliencia como capacidad de afrontamiento. Por lo tanto rechazamos nuestra hipótesis inicial y concluimos que la edad por tramos no es un factor significativo en la Comunicación médico-paciente. La “d” de Cohen en presenta un valor muy pequeño fundamentalmente en Frecuencia Comunicación, algo más moderado en Importancia Comunicación, y por lo tanto no tendría relevancia práctica.

10. Respecto a la Resiliencia obtenemos que la edad por tramos no está relacionada con la capacidad de afrontamiento, y rechazamos nuestra hipótesis inicial. La “d” de Cohen en Resiliencia en cuanto a la edad por tramos presenta un valor muy pequeño y por lo tanto no tendría relevancia práctica.

11. Existe una diferencia significativa entre los sujetos que llevan más tiempo diagnosticados entre el año 1977-2008 y los sujetos diagnosticados entre el 2009-2011 en el total Frecuencias Comunicación; se observa igualmente una diferencia significativa entre los diagnosticados entre el 2009-2011, con un tiempo medio de diagnóstico y el 2012-2013, con un tiempo más reciente de diagnóstico. Por lo tanto se cumple nuestro postulado inicial, y el tiempo desde el diagnóstico influye en estas necesidades de comunicación. El valor más elevado de la “d” de Cohen es en frecuencia y comunicación entre el tiempo medio y reciente desde el diagnóstico, aún así es pequeño.

12. En el Total Resiliencia no se observan diferencias significativas con los grupos de tiempo desde el diagnóstico. Rechazamos por tanto la hipótesis inicial. No se relaciona el tiempo que lleva el sujeto con la enfermedad y la resiliencia. El valor de Cohen estima una diferencia pequeña-moderada en estos valores del tiempo de diagnóstico y la resiliencia, como se aprecia en la tabla.

13. La necesidad de comunicación puede ser diferente dependiendo del tipo de diagnóstico emitido. Se cumple esta hipótesis en el total Importancia respecto a la especialidad diagnóstica de Medicina Interna y de Mama-Ginecología, y también en Mama-Ginecología y ORL. No se cumple nuestra hipótesis respecto al total Frecuencias como puede verse en la Tabla 7 no nos ofrece un valor significativo. En cuanto a la “d” de Cohen se observa una diferencia muy pequeña, una correlación muy pequeña en frecuencia. Se destaca el valor de la “d” de Cohen entre el total Importancia y la especialidad diagnóstica de Mama-Ginecología y ORL cuyo valor es muy grande y aumenta el valor del efecto que puede tener el estudio de estas variables.

14. No hemos hallado diferencias significativas entre los tipos de especialidad diagnóstica y la resiliencia. Concluimos rechazando nuestra hipótesis inicial y no influye el tipo de enfermedad como especialidad diagnóstica a la hora de afrontar el hecho de estar enfermo. La “d” de Cohen respecto a la resiliencia también es pequeño y supone una diferencia muy pequeña.

15. La edad del sujeto no afecta en las necesidades de comunicación y el afrontamiento. Se cumple nuestra hipótesis de trabajo. No existe diferencia significativa entre los valores tanto de Frecuencia como de Importancia en la comunicación relacionada con el medio urbano o rural. La “d” de Cohen es muy pequeña, y tan solo destaca en Importancia dada a la situación comunicativa.

16. El medio urbano o rural donde habita el sujeto no influye en su capacidad de afrontamiento o resiliencia. Se cumple nuestro postulado. En cuanto al valor de Cohen respecto a la resiliencia y el medio se puede observar que es pequeño, no es significativo clínicamente.

17. La esperanza de poder seguir aportando la vida del paciente a los hijos es importante pero no afecta sustancialmente (significativamente) a la recuperación de su enfermedad. Tras los datos obtenidos en la tabla se observa que no existen diferencias significativas entre total frecuencia e importancia con los números de hijos. Se cumple nuestra hipótesis planteada. La “d” de Cohen presenta un valor bajo en Importancia-Comunicación y pequeño-moderado en Frecuencia-Comunicación.

18. Respecto a la resiliencia no se observa diferencia significativa entre resiliencia o afrontamiento y número de hijos. La “d” de Cohen presenta un valor pequeño. Se cumple por tanto en vistas al resultado obtenido nuestra hipótesis inicial.

19. No se ha encontrado correlación significativa entre la fase de enfermedad y los distintos totales tanto de resiliencia como de comunicación en frecuencia, importancia, curar y cuidar. No podemos concluir significativamente relación entre estas variables del estudio. La resiliencia presenta una correlación no significativa negativa y muy baja en relación a la fase de enfermedad.

20. Los pacientes con diagnóstico agudo revelan una gran relevancia a la importancia de la comunicación con el médico y al aspecto relativo de la comunicación dirigida al cuidado. Igualmente revelan que la frecuencia de situaciones comunicativas son frecuentes y además van dirigidas a curar. La capacidad de afrontamiento también se relaciona con el diagnóstico agudo aunque no de forma significativa.

---

## **V.- BIBLIOGRAFÍA**

---



## BIBLIOGRAFÍA:

- Abrahamsen, S. (2006). *Police personality and the relationship between personality and preferences for conflict resolution tactics*. Oslo: Politihogskolen, (2)
- Abrahamsen, S. y Strype, J. (2010). Are they all the same? Norwegian police officers personality characteristics and tactics of conflict resolution. *Policing and Society*, 20, 99-123.
- Acinas, P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65-71
- Ahern N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., y Byers J. (2006). Una revisión de los instrumentos de medición de resistencia. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-25.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., y Byers, J. (2006). *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 29(2), 103-25.
- Aiken, L. y West, S. (1991). Multiple regression: testing and interpreting interactions. *Newsbury Park, CA: Sage*.
- Álava, M. J. (2013). *Recuperar la ilusión*. Madrid: La esfera de los libros.
- Alim, T. N., Feder, A., Graves, R. E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M. D. y Charney, S. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1566-1575.
- Al-Naser, F. y Sandman, M. (2000). Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study form Kuwait. *Social Behavior and Personality*, 28(5), 505-514.
- Alonso, A. y Kraftchenko, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 17, 39-46.
- Alvarado, E. (2013). *Percepción a exposición a violencia familiar en adolescentes de población general: consecuencias para la salud, bajo un enfoque de resiliencia*. Tesis inédita de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. E- Prints Complutense. <http://eprints.ucm.es/21595/>
- American Cancer Society. (2009). Obtenido de Internet con fecha 12/09/2015. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2009/index?from=fast>.
- American Joint Committée on Cancer (AJCC). (1997). Obtenido de Internet con fecha de 12/09/2015. <https://cancerstaging.org/Pages/default.aspx>
- Andrés, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28(3), 157-163
- Anguera, I. y Palerm, E. (1998). El marco biopsicosocial en la asistencia de los pacientes crónico y terminal. Del libro *Medicina Psicosomática*. Anguera de Sojo Peyra J. Ediciones Doyma.
- Aragón, M., Aznar, M., García-Alba, J. y Mariño, M. (2010). *Intervención con familias adoptivas*. Madrid: Síntesis.



- Arranz, P. y Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (93-119). Bilbao: Desclé de Brouwer
- Arrighi, E. (Coord.) (2007). *El Valor Terapéutico en Oncología*. Fundación Josep Laporte. Universitat Autònoma. Publicacions Universitat de los Pacientes.
- Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 05 (24).
- Artz, S., Nicholson, D., Halsall, E. y Larke, S. (2001). A review of the literature on assessment, risk, resiliency and need. Canadá. *National Crime Prevention Centre*, 3510-U1.
- Asociación Española contra el Cáncer. (2009). Obtenido de internet con fecha del 12/09/2015. <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>
- Association of American Medical Colleges. (1999). Medical School Objectives Project: Report III-Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. *Washington DC*.
- Autry, E. y Monteggia, L. M. (2009). Epigenetics in suicide and depression. *Biological Psychiatric*, 66, 812-813
- Avia, M. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial
- Baider, L., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P. y Peretz, T. (2008). Breast cancer and psychological distress: Mothers “and daughters” traumatic experiences. *Supportive Care in Cancer*, 16, 407-414.
- Baider, L. (2003). Cáncer y Familia: Aspectos Teóricos y Terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3), 505-520
- Ballesteros, M., Sánchez, M., Fernández, P., Criado, J. J. y García, A. (2010). Análisis de la comunicación médico-paciente: ¿transmitimos y reciben lo esencial? *Medicina Familiar y Comunitaria. Semergen*, 36(9), 507-512.
- Baltes, P. B., Lindenberg, U., y Staudinger, U. M. (1998). *Life-span theory in developmental psychology*. En R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol 1. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). New York: Wiley.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 2122-2147.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades En A. Bandura, (Ed.), *Auto eficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual* (19-54). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barker, B. y Caza, A. (2008). Positive Organizational Scholarship: A Critical Theory Perspective. *Journal of Management Inquiry March*, 17(1), 21-33.

- Bartone, P. T. (1989) Predictors of Stress-Related Illness in City Bus Drivers. *Journal of Occupational Medicine*, 3, 657-663.
- Bartone, P. T. (1995). A Short Hardiness Scale. Paper Presented at the *American Psychological Society Annual Convention*, New York.
- Bartone, P. T. (1999) Hardiness protects against war-related stress in army reserve forces. *Consulting Psychology Journal*, 51, 72-82.
- Bartone, P. T., Roland, R. R., Picano, J. J. y Williams, T. J. (2008). Psychological hardiness predicts success in US Army Special Forces candidates. *International Journal of Selection and Assessment*, 16, 78-81.
- Bartone, P. T. (2007). Test-retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports*, 101, 943-944.
- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica. Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*. 2ª Edición. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1998). Psicología del Sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17.
- Bayés, R. y Barreto, P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*, 1(3), 11-19.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Belén, F., Béjar, E. y Campos, M. (2012). Primer impacto: programa de detección de estrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología*, 9, 317-34.
- Bellón, J. A. (2001). Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 7-14.
- Benítez, M. A. y Asensio, A. (2002). La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Series Cuidados Paliativos. Atención Primaria*, 30(7), 463-466.
- Bennet, E., Novotny, J., Gren, K. y Kluever, R. (1998). *Confirmatory factor análisis of the resiliency scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association (San Diego, California, 13-17). En: ERIC Education Resources Information Center. Washington: Institute of Education Sciences.
- Berges, A. (2011). Variables predictivas del aprovechamiento formativo en la policía local. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 27(3), 163-176.
- Bernard, B. y Díaz, M. (1999). *Measuring protective factors and resilience traits in youth: the healthy kids resilience assessment*. Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. Oakland: Center for Research on Adolescent Health and Development;
- Bimbela, J. L. (2001). El counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 33-42.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D. y Carmody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

- Block, J. y Kremen, A.M. (1996). IQ (Intelligence) and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (2003). *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138.
- Bonanno, G. A., Westphal, M. y Mancini, A. D. (2012). Trauma, and Resilience in adulthood. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 189-210.
- Bos, J., Mol, E., Visser, B. y Frings-Dresen, M. (2004). Risk of health complaints and disabilities among Dutch firefighters. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77(6), 373-382.
- Bowlby, J. (1992). Continuité et discontinuité: vulnérabilité et résilience. *Devenir* 4, 7-31.
- Brandtstadter, J. y Greve, W. (1994). The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 14(1), 52-80.
- Brandtstadter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self. En F. Blanchard-Field y T. Hess (Eds.), *Social cognition and aging* (123-141). New York: Academic Press.
- Bravo, A. y Fernández, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- Brillon, P. (2010). *Se relever d'un traumatisme: réapprendre à vivre et à faire confiance*. Montreal: Québec Livres.
- Brix, C., Schleussner, C., Füller, J., Roehrig, B., Wendt T. G. y Strauss, B. (2008) The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal Psychosomatic Research*, 65(6), 541-8.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(1), 844-850.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. (1998). The Bioecological Model of Human Development. En W. Damon y R. Lerner (Eds), *Theoretical Models of Human Development. Vol. 1*, Tufts University. Massachusetts.

- Brooks, R., y Goldstein, S. (2010). *El poder de la resiliencia. Cómo superar los problemas y la adversidad*. Barcelona:Paidós.
- Bryan, J. (2005). Fostering educational resilience and achievement in urban schools through school-family-community partnerships. *Professional School Counseling*, 8(3), 219-227.
- Bulnes, M., Ponce C., Huerta, R., Álvarez, C., Santiváñez, W., Atalaya, M., Aliaga, J. y Morocho, J. (2008). Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares de 4TO y 5TO de Secundaria de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI. Facultad de Psicología. UNMSM (Universidad Nacional Mayor de San Marcos)*, 11(2), 67-91.
- Burke, K. J., Shakespeare-Finch, J., Paton, D. y Ryan, M. (2006). Characterizing the Resilient Officer: Individual Attributes at Point of Entry to Policing. *Traumatology*, 12(3), 178-188.
- Cabanyes, J. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-51.
- Cabrera, E., Lucía, V. y Mauricio, A. (2012). Una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en niños: las virtudes humanas. *Persona y Bioética*, 16(2), 137-142.
- Camacho, B. (2003). El cáncer de Pulmón. En M. Die Trill (Comp.). *Psicooncología*. Madrid: ADES ediciones S. L. (pp. 207-224).
- Campbel-Sill, L., Cohan, S. L. y Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Caplan, G. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós: Barcelona.
- Cardozo, G. y Alderete, M. A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde El Caribe*, 23, 148-182.
- Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27(3), 91-103.
- Castañeda, V. (2011). *La resiliencia. El arte de rehacerse*. Recuperado en fecha de 12/09/2015 de <http://www.acogerycompartir.org/.../0524Resiliencia/assertum.blogspot.com.es/2013/01/libro la resiliencia el arte de.html>.
- Catret, A. (2007). *Infancia y resiliencia: actitudes y recursos ante el dolor*. Valencia: Brief.
- Centeno, C. (1998). *Introducción a la Medicina Paliativa*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Centeno, C. y Núñez, J. M. (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Medicina Clínica*, 110(9), 744-75.
- Chana, C. (2007). Promoviendo Vínculos... tejiendo redes: claves para la inclusión social y educativa de la infancia en dificultades. *Trabajo Social Hoy*, 50, 99-118.
- Charney, S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.

- Chiavenato, I. (2002). *Gestión del Talento Humano*. Editorial McGraw-Hill Interamericana, S. A. Santa FÉ de Bogotá.
- Cicchetti D, y Blender, J. A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience. Implications for the developing brain, neural plasticity and preventative interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 248-258.
- Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562
- Cicchetti, D. y Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5(04), 497-502
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (1997). The role of self organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 797-815.
- Cleries, C., de Nadal, J. y Branda, L. (2006). Formar en comunicación a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educación Médica*, 9(1), 2-5.
- Cohen, C. A., Colantonio, A. y Vernich, L. (2002). Positive Aspects of Caregiving: Rounding Out the Care-Giver Experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, L. M. y Antonucci, T. C. (1982). Impact of work on women at midlife. *Developmental Psychology*, 19(2), 290-294.
- 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.
- Concepción, T., Rodríguez, O., Illada, L. y Santos, M. I. (2008). Percepción y expectativas del paciente mayor en la atención especializada. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(1), 17-20.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Corcorán, J. y Nichols-Casebolt, A. (2004). Risk and Resilience Ecological Framework for Assessment and goal Formulation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(3), 211-235.
- Costa, G. y Gil, F. L. (2007). Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis y modificación de conducta*, 33(148), 229-250.
- Cruzado, J. A. (1996). La información al enfermo con cáncer. En M. González Barón, A. Ordóñez, J. Feliu, P. Zamora y E. Espinosa, *Tratado de Medicina Paliativa* (pp. 57-67), Editorial Panamericana. Madrid.
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.

- Cyrulnik, B. (2002). *"Los Patitos feos, la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida"*. Barcelona: Gedisa
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2005). *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Damasio, B. F., Borsa, J. C. y da Silva, J. P. (2011). 14-Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. *Journal of Nursing Measurement, 19*(3), 131-145.
- Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K. y Chaudieu. I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 479-95.
- Dishion, T. y Connell, A. (2006). *Adolescents resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science*. Paper presented to the New York Academy of Sciences meeting on Resilience in Children.
- Donnon, T. y Hammond, W. (2007). A psychometric assessment of the self reported youth resiliency assessing developmental strengths questionnaire. *Psychological Reports, 100*(3), 963-978.
- DRAE: Diccionario de la Real Academia Española. 23ª edición (2014)
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 15*(3), 373-387.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema, 14* (Supl), 139-146.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Reiser, M., Cumberland A., Shepard, S.A., Valiente, C., Losoya, S., Guthrie, I., Thompson, M. y Murphy, B. (2004). The relation of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development, 75*(1), 25-46.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1992). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (vol.1). Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Engel, G. L. (1980). La aplicación clínica del modelo biopsicosocial. *American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544.
- Enria, G., Fleitas, M. y Staffolani, C. (2012). El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud. *Ciencia, Docencia y Tecnología, 21*(41), 49-71
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports, 91*(1), 47-59.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2009). The moderating effect of trait meta-mood and perceived stress on life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 47*(2), 116-121.
- Feder, A., Nestler, E. J. y Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 446-457.

- Feliú, J., Beldo, C. y Blanco, M. (2006). La satisfacción del paciente: su valoración, en M. González Barón, M. A. Lacasta, A. Ordoñez, *Valoración clínica en el paciente con cáncer* (pp. 139-148). Ed. Panamericana, Argentina.
- Fernández-Abascal, E. (2009): *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Lansac, V. y Crespo, 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.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M. C., Cáceres, R. y Rodríguez-Poyo, V. (2011). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(3), 102-109.
- Ferreira, G., Ferrández, T., Baleriola, J. y Almeida, R. (2015). Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo, *Atención Primaria*, 47(7), 399-410.
- Forero, C. G., Gallardo, D., Maydeu, A. y Andrés, A. (2009). A longitudinal model for predicting performance of Police officers using personality and behavioral data. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 591-606.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). *La Resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fredrickson, B. L. y Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191-220.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment*, 3(1), 1-25.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2001). Positive emotions. En G.A. Bonanno y T.J. Mayne (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 123-151). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. and Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.
- Fredrikson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. and Larkin, G. R. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313-332.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. y Martinussen, M. (2001). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76

- Fuente, E. I., Aguayo, R., Vargas, C. y Cañadas, G. R. (2013). Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers. *Psicothema*, 25(4), 488-493.
- Funk, S. C. (1992) Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, 11 (5), 335-345.
- Galatzer-Levi, I. R., Madan, A., Neylan, T. C., Henn-Haase, C. y Marmar, CH. R. (2011). Peritraumatic and Trait Dissociation Differentiate Police Officers With Resilient Versus Symptomatic Trajectories of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24(5), 557-565.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.). *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires.
- Garbarino, S., Chiorri, C., Magnavita, N., Piattino, S. y Cuomo, G. (2012). Personality profiles of special force police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 27(2), 99-110.
- García-Cerón M. A. E. y Alvarado-Aguilar, S. (2009). La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. *Gamo (Gaceta Mexicana de Oncología)*, 8 (3), 119-126.
- García, L. A., Ramos, P. J. y García, M. (2009). Los Big Five y el efecto moderador de la resistencia en el agotamiento emocional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25(2), 135-147.
- Gardynik, U. y McDonald, L. (2005). Implications of risk and resilience in the life of individual who is gifted/learning disabled. *Roeper Review*, 27(4), 206-214.
- Gargiulo, R. M. (2003). *Special education in contemporary society. An introduction to exceptionality*. Australia: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Paediatric Annals*, 20(9), 459-46.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136.
- Garnezy, N. and Masten, A. S. (1994). Chronic adversities. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 191-208.
- Gaugler, J., Kane, R. y Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences Social Sciences*, 62B, 38-44.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., y Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (7), 968-976.
- Godoy, A., Gavino, A., Martorell, M. C. y Silva, F. (1993). Escala de Asertividad para Niños y Adolescentes. En M. Forns y M. T. Anguera (Compl.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 247-264). Barcelona: PPU. (Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.).



- Godoy, M. J. (2000). *La calidad de vida en pacientes oncológicos*. Monografías. Ciencia y Tecnología, 10. Universidad de Almería. Servicio de Publicaciones.
- Goleman, D. (2003). *Inteligencia Emocional*. Puresa. S.A. Argentina.
- Gomà-i-Freixanet, M. y Wismeijer, A. A. J. (2002). Applying personality theory to a group of police bodyguards: a physically risky prosocial prototype? *Psicothema*, 14(2), 387-392.
- Gómez-Acebo, P., Bravo, C. Fernández, F., Mur, C. y Navarro I. (2013) *Resiliencia. Gestión del naufragio*. Madrid: Lid Editorial.
- Gómez-Sancho, M. (1994). *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria.
- González Barón, M. (1996). La información al enfermo con cáncer. En M. González Barón, A. Ordoñez, J. Feliu, P. Zamora, y E. Espinosa, *Tratado de Medicina Paliativa* (pp. 57-67). Madrid: Editorial Panamericana.
- González, J. y Bruera, E. (2003). Avances en la comunicación médico-paciente en Cuidados Paliativos (I). Toma de decisiones. Ayudas prácticas en la comunicación. *Journal Medicina Paliativa*, 10 (4), 226-234.
- González, R., Gijón, M. T., Escudero, M. J., Prieto, M. A., March, J. C. y Ruiz, A. (2008). Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(3), 101-108.
- Greve, W. y Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. *Hoboken New Jersey: Wiley*, 796-840.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Grossman, J. B. y Tierney, J. (1998). Does mentoring work? An impact study of the Big brothers / Big sisters. Program. *Evaluation Review*, 22(3), 403-426.
- Grotberg, E. H. (1995). The Internacional Resilience Project: Promoting resilience in children. *ERIC: ED 383424. EE. UU.*
- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A., Suárez, E. N. (comp.) *Resiliencia, descubriendo las propias fuerzas*. Buenos Aires: Paidós.
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.
- Gruhl, M. (2009). *El arte de rehacerse: la resiliencia*. Cantabria: Sal Terrae.
- Hardy, S. E., Concato, J., Gill, T. M. (2004). Resilience of Community- Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262 .
- Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 3-23.
- Hernández, I., Fernández, M. A., Irigoyen, A. y Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico paciente en Medicina Familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 8 (2), 137-143.

- Heckhausen, J., Wrosch, C., y Fleeson, W. (2001). Developmental regulation before and after a developmental deadline: The sample case of “biological clock” for child-bearing. *Psychology and Aging*, 16(3), 400-413.
- 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.
- Helsing, K. J., Comstock, G. W. y Szklo, M. (1982). Causes of death in a widowed population. *American Journal of Epidemiology*, 116(3), 524-532.
- Henderson, N. y Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires. Paidós.
- Henning-Fast, K., Werner, N. S., Lerner, R., Latscha, K., Meister, F., Reiser, M., Engel, R. R. y Meindl, T. (2009). After facing traumatic stress: Brain activation, cognition and stress coping in policemen. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1146-1155.
- Herman, H., Stewart, D. E., Díaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. y Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian Journal of Psychiatric*, 56(5), 258-265.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Heru, A. y Ryan, C. (2006). Family functioning in the caregivers of patients with dementia: One-year follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(3), 222-231.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.
- Hiew, C., Chok, E., Mori, J., Shmigu, 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.
- Infante, F. (2002). La Resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y N. Suárez (Comp.) *Resiliencia Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-53). Buenos Aires: Paidós.
- International classification of functioning, disability and health (2000). World Health Organization.
- Iraurgi, I., Cáceres, J., Estévez, A., Gómez de Maintenant, P., Gorbeña, S. y Matellanes, B. (2011). Evaluación del grado de desadaptación y del proceso de adecuación psicosocial de menores en desventaja social. Proyecto 5737 del Programa BizkaiLab. Universidad de Deusto. Bilbao. Accesible en: <http://www.bizkailab.deusto.es/es/areas-prioritarias/secndaria-03/infancia-adolescentes/>
- Isaacs, D. (2003). *La educación de las virtudes humanas y su evaluación*. Pamplona: Eunsa, 14
- Jew, C. L., Green, K. E. y Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 32(2), 75-81
- Jiménez, G. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(2), 59-60.

- Jiménez, G. (2008). Resiliencia y vejez., *Informes Portal Mayores, n° 80. Lecciones de Gerontología, XV*. Madrid, Portal Mayores.
- Kai, W. y Ching, C. (2010). Resource Loss, Resource Gain, and Psychological Resilience and Dysfunction Following Cancer Diagnosis: A Growth Mixture Modeling Approach. *Health Psychology, 29*(5), 484-495.
- Kangas, M., Henry, J. L., y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review, 22*(4), 499-524.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S. y Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care, 27*(3), 110-127.
- Kataoka, G. y Shetgiri, R. (2009) Riesgo y Resiliencia en los latinos. Un estudio de investigación participativa basada en la comunidad. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(6), Suppl.1, S217-S224.
- Kaufman, A., Ajach, P. y Waissman, R. (1990). *La enfermedad grave: aspectos médicos y psicosociales*. Iberoamericana. Madrid.
- Kenny, M. y Miguel, J. M. (1980). *La Antropología Médica en España*. Anagrama. Barcelona.
- Keye, M. y Pidgeon, A. (2013). An Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic Self-Efficacy. *Open Journal of Social Sciences, 1*(6), 1-4.
- Kidman, A. (2001). Psycho-oncology and the terminally ill patient. *Clinical Psychologist, 6*(1), 10-15.
- King, G., Cathers, T., Brown, E., Specht, J. A., Willoughby, C., y Miller, J. M. (2003). Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities. *Qualitative health research, 13*(2), 184-206.
- Kinney, J., y Parris Stephens, M. (1989). Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging, 4*, 402-408.
- Kissane, D., Bloch, S., Burns, W. I., Patrick, J. D., Wallace, C. S. y McKenzie, D. P. (1994). Perceptions of family functioning and cancer. *Psycho-Oncology, 3*(4), 259-269.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 168-177.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., y Álvarez, C. (1996). Resiliencia: Construyendo en adversidad. Santiago de Chile: CEANIM.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Fundación Kellogg y Ceanim.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness; transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing, 39*(2), 146-154.

- Kralik, D., Van Loon, A., y Visentin, K. (2006) Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2), 187-201.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Editorial New York: The Macmillan Company.
- Kumar, V., Cotran, R. y Robbins, S. (2003). *Patología Humana*. México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Lang, F. R. y Heckhausen, J. (2001). Perceives control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 509-523.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le, H., Oh, I. S., Robbins, S. B., Ilies, R., Holland, E. y Westrick, P. (2011). Too much of a good thing: Curvilinear relations between personality traits and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 113-133.
- Leipold, B. y Greve, W. (2009). Resilience a conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50.
- Leshan, L. L. y Worthington, R. E. (1956). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. *British Journal of Medical Psychology*, 29(1), 307-11.
- Liberman, A. M., Best, S. R., Metzler, T. J., Fagan, J. A., Weiss, D. S. y Marmar, C.R. (2002). Routine occupational work stress as a risk-factor for stress reactions among police officers. *Journal of Police Strategies and Management*, 25, 421-441.
- Limonero, J. T. y Gómez-Romero, M. J. (2012). Reacciones emocionales ante la adversidad. En Sainz, A. y Nomen, L. (dirs.), *"Tratando... situaciones de emergencia"* (pp. 53-72). Madrid: Pirámide.
- Limonero, J. T., Tomas-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Limonero, J., Tomas-Sábado, J., Fernández, J., Gómez, M. J. y Ardilla, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 20 (1), 183-196.
- Linley, A., Joseph, A., Harrington, S. y Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 3-16.
- Llano, A. (2000). *La vida lograda*. Barcelona: Ariel.
- López, M. y Roque, H. (2006). Adecuación curricular individual para la atención de necesidades educativas especiales. En G. Acle (Coord.) *Educación Especial: investigación práctica* (pp. 83-102). México: Plaza y Valdés.
- Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y. y Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the resilience scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229-237.
- Luthar, S. S. y Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.

- Luthar, S.S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453.
- 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). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
- 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. (2003). Preface. En S.S. Luthar (Ed.). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En Cicchetti, D. and Cohen, D. J. (Eds.). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (PP. 740-795). New York: Wiley
- Maderuelo, J. A., Carriedo E., Serrano M., Almaraz, A. y Berjón, A. C. (1996). Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 17(59), 348-352.
- Maganto, C. y Maganto, J. M. (2010). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. Pirámide. Madrid.
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Couthino, E. S. y Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 241-245.
- Manciaux, M. (comp.). (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Manciaux, M., Lecomte, J., Vanistendael, S. y Schweizer, D. (2001). *La résilience: résister et se construire*. Genève: Médecine et Hygiène, 253.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En Manciaux, M. (dir.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (pp. 17-27). Madrid: Gedisa.
- Manzano, G. y Ayala J. C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*, 25(2), 245-251.
- Markman, G. D. y Baron, R. A. (2003). Ajuste persona-emprendimiento: ¿Por qué algunas personas tienen más éxito como empresarios que otros? *Recursos Humanos Management Review*, 13(2), 281-301.
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., Liberman, A. Pole, N. Otte, C., Yehuda, R., Mohr, D. y Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 1-18.

- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J. y Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 1-18.
- Martín, E., Sarmiento, P. y Ramírez, A. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista de Calidad Asistencia*, 29(3), 135-142.
- Martín, M., Marchand, A., Boyer, R. y Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma y Dissociation*, 10, 16-28.
- Martín, T., del Barco, E. y Cruz, J. J. (2012). En Epidemiología del cáncer. Factores de riesgo (cap.4). *Oncología Médica* (pp. 37-58). Edts. Juan J. Cruz Hernández, César A. Rodríguez Sánchez. Elvira del Barco Morillo.
- Martínez, R. y de Puellas, C. (2011). Exigencia emocional de trabajo en las Unidades de Intervención Policial. *Usecnetwork International Magazine*, 10, 16-28.
- Martinussen, M., Richardsen, A. M. y Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35(3), 239-249.
- Mas, X., Soló, M., Liceran, M. y Riera, D. (2006). Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Atención Primaria*, 38(4), 192-199.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Masten, A. S., Best, K. M. y Garmezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(04), 425-444.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D., Neemann, J., Tellegen, A. y Garmezy, N. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Development*, 66(6), 1635-1659.
- Masten, A. y Coatsworth, J. (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. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2001). Resilience Process in Development. *American Psychologist*, 53(3), 227-238.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey and D. Sluyter (dir.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31) Nueva York: Basic Books.
- McFadden, S. y Basting, A. (2010). Healthy aging persons and their brains: Promoting resilience through creative engagement. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), 149-161.
- Mehrabian, A. y Susan R. Ferris, (1967). "Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels". *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 248-252.

- Melillo, A. y Suárez, E. N. (2001/2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Barcelona: Paidós.
- Melillo, A., Suárez, E. N. y Rodríguez, D. (comp) (2004). *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la Vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Menezes, V. A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Michelle, D., Keye, A. y Pidgeon, M. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-125.
- Miralles, F. y Cano, A. (2009). Suicidios en soldados de las fuerzas armadas de España en la última década del servicio militar obligatorio (1991-2001). *Clínica y Salud*, 20(2), 189-196.
- Moore, P. y Gómez, G. (2007). Comunicarse efectivamente en Medicina. ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Médica*, 15(5), 171-181.
- Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365.
- Morales, C. C. y Valderrama, J. C. (2012). Calidad de vida en policías: avances y propuestas, *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 60-67.
- Morrison, G., y Allen, M. (2007). Promoting student resilience in school contexts. *Theory into Practice*, 46(2), 162-169.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. N., Infante, F. y Grotberg, E. (2003). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. *Liberalit, Revista de Psicología*, 11, 41-48.
- Murria, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience. A framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and Special Education*, 24(1), 16-26.
- Naranjo, B. y Ricaurte, G. (2006). La comunicación con los pacientes. *Investigación y educación en enfermería*, 24 (1), 94-98.
- Navarro, E., Limonero, J., Maté, J. y Gómez-Romero M. J. (2010): Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 1 (7), 127-141.
- Nebot, C., Baques, T., Crespo, A., Valverde, I. y Canela-Soler, J. (2005). La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Atención Primaria*, 35(6), 290-294.
- Nicultâ, Z. (2013). Personality traits that foster ambulant workers' professional performance. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 385-389.
- Nietzsche, F. (1998). *El ocaso de los ídolos*. Tusquets Editores.
- Noorbakhsh, S. N., Besharat, M. A. y Zarei, J. (2010). Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 818-822
- Novartis. (2009). Necesidad y demanda del paciente oncológico. Fundación Salud. Innovación y Sociedad. Novartis Oncology. <http://www.fundsisis.org>

- Nygren, B., Alex, L., Jonsón, E., Gustafson, Y., Norberg, A. y Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and selftranscendence in relation to perceived physical and mental health amongst the oldest old. *Aging Ment Health*, 9(4), 354-62
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajustes adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Oliva, P., Lupiani M., Gala, F. J. y Suárez, G. (2006). La comunicación personal sanitario-enfermo como clave de toda la praxis e interacción sanitaria. *Scientia*, 16(1), 52-61.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730-749.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). Tomado en fecha 12/09/2015 <https://prezi.com/fbhqiaihfzj/organizacion-mundial-de-la-salud-oms/>
- Orgaz-Barnier, P. (2010). *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.
- Ortega, A., Brenner, S. O. y Leather, P. (2007). Occupational stress, coping and personality in the police: an SEM study. *International Journal of Police Science y Management*, 9(1), 36-50.
- Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H. y Nagamine, S. (2002). Development and validation of an adolescent resilience scale. *Japanese Journal of Counseling Science*, 35(1), 57-65.
- Pakenham, K., Chiu, J., Burnsall, S., y Cannon, T. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12, 89-103.
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Paton, D., Violanti, J. M., Johnston, P., Burke, K. J., Clarke, J. y Keenan, D. (2008). Stress shield: a model of police resiliency. *International Journal Emergency Mental Health*, 10(2), 95-107.
- Peña, C. y Comín, J. (2007). Integración de ámbitos asistenciales. *Revista Española de Cardiología*, 7(Supl C), 21-9.
- Peres, J., Foerster, B., Santanac, L. G., Domingues, M., Nasello, A. G., Savoia, M. y Ledermana, H. (2011). Police officers under attack: Resilience implications of an fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 727-734.



- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla, S. A.
- Pérez, M. D., Pereñíguez, J. E., Osuna, E. y Luna, A. (2006). Derecho de información de los pacientes: Influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. *Atención Primaria*, 37(2), 69-77.
- Peterson, C. y Bossio, L. M. (1991). *Health and optimism*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C. (2000). The future optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Pire, T., Grau, J. y Llantá, M. C. La información médica al paciente oncológico. *Revista Cubana de Oncología*, 17 (2), 105-10
- Pole, N., Kulkarni, M., Bernstein, A. y Kaufmann, G. (2006). Resilience in Retired Police Officers. *Traumatology*, 12(3), 207-216.
- Pollack, L. A., Greer, G.E., Rowland, J. H., Miller, A., Doneski, D., Coughlin, S. S., Stovall, E. y Ulman, D. (2005). Cancer survivorship: a new challenge in comprehensive cancer control. *Cáncer Causes Control*, 16(Supl, 1), 51 -5,
- Portillo, C. (2002). Comunicación centrada en el paciente. *Boletín de Psicología*, 5 (4).
- Portzky, M., Qagnild, G., Bacquer, D. y Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-ni on 3265 healthy participants: A confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 86-92.
- Poveda, J. M. (1981). *Locura y creatividad: Introducción a la Psicopatología*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Poveda, J. y Laforet, S. (2009). *El Buen Adiós*. Madrid: Editorial Espasa Calpe, S. A.
- Prado, R. y del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, 6(1), 179-196.
- Pujiula, J., Suñer, R., Puigdemont, M., Grau, A., Bertrán, C., Hortal, G., Baró, N., García, T., Algans, L. I., Estañol, F., Sosa, H. y Mascort, Z. (2006). La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(1), 19-26.
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82.
- Rapp, S., Shumaker, S., Schmidt, S., Naughton, M., y Anderson, R. (1998). Social resourcefulness: Its relationship to social support and wellbeing among caregivers of dementia victims. *Aging y Mental Health*, 2(1), 40-48.
- Reivich, K. y Shatté, A. (2002). *The resilience factor*. New York: Broadway Books.

- Remor, E. (2008). Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp.191-213). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 307-321.
- Rochon, A. (1992). *Educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Rodríguez, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagógica*, 26 (80), 291-302.
- Rodríguez, J. J. (2003). Entrevista clínica y relación médico-paciente. *Tribuna Docente*, 4, 42 -53.
- Rodríguez, J. J. (2003). Formación en relación médico-paciente. *Tribuna Docente*, 1, 10 - 19.
- Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., de Bortoli, M. y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.
- Rodríguez, V. y Real, G. (2007) Estilos de Relaciones Familiares y Resiliencia en Familias de niños y adolescentes oncológicos. Investigación empírica en el Hospital Garrahan. *Revista de Psicología UCA (Universidad Católica Argentina)*, 3, 89-110.
- Rojas, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Booket Espasa Libros. Madrid.
- Roque, M. P., Hernández, G., Tomasini, A., García, M. y Méndez, R. (2009). Escala de resiliencia materna: un estudio de validación en una muestra de madres con niños especiales. *Ridep (Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica)*, 27 (1), 107-132.
- Rousseau, S. (2012). *La resiliencia. Vivir feliz a pesar de...* Ed. Obelisco. Barcelona.
- Rowland, J. y Baker, F. (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cáncer*, 104 (Issue Supplement 11), 2543-2548.
- Rubio, J. L. y Puig, G. (2015). *Tutores de resiliencia: Dame un punto de apoyo y moveré mi mundo*. Barcelona: Gedisa.
- Ruiz, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6, 159-67.
- Rutter, M. (1986). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein y S. Weintraub.(1991). Risk and protective factors in the development of psychopathology. *New York: Cambridge University Press*, 181 -214.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.

- Rutter M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse Neglect*, 31, 205-209.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Escala de Resiliencia SV-RES. Para jóvenes y adultos*. (2ª Ed.). Santiago: Autores.
- Salgado, J. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 26, 115-128.
- Salleras, L. (1990). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Díaz de Santos. Madrid.
- Sánchez, M. (1998). *Información y comunicación en nuestro medio*. En: Libro de ponencias del 2º Congreso de la SECPAL. Santander, Mayo, 313-315.
- Sánchez, F. J., López, Y., Cleries, X., Borrell, F., Epstein, R. M., Kronfly, E., Escoda, J. J. y Martínez, J.M. (2003). Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria*, 32 (2), 110-7.
- Sánchez, F., Sánchez, F. J. y López, Y. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(5), 199-204.
- Sánchez, J. C. (2011). Emprendimiento como un campo legítimo de conocimiento. *Psicothema*, 23 (3), 427-432
- Sánchez y Robles, A. (2012). *Resiliencia en el cuidado de personas en situación de dependencia*. Jaén: Fortalezas Editorial.
- Sánchez, D. y Robles, A. (2014). Personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España. *Journal of Work and Organizational Psychology* 30 (1), 75-81
- Santos, R. (2013). *Levantarse y luchar. Cómo superar la adversidad con la resiliencia*. Conecta. Barcelona.
- Sanz, J. (1992). *La comunicación en Medicina Paliativa*. Medicina Clínica. (Barcelona).
- Sanz, J. (2004). ¿Qué es un enfermo?, en Farreras-Rozman: *Medicina Interna*, (1), 50.
- Schuster, M., Stein, B., Jaycox, L., Collins, R., Marshall, G., Elliot, M., Zhou, A., Kanouse, D., Morrison, J. and Berry, S. (2001). A National Survey of Stress Reactions After the September 11. Terrorist Attacks. *The New England Journal of Medicine*, 345, (20), 1507-1512
- Schutte, N. S. y Malouf, J.M. (2011). Emotional intelligence mediates the relations hip between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50 (7), 1116-1119.
- Secombe, K. (2000). Families in poverty in the 1990s: Trends, causes, consequences and lessons learned. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1094-1113.
- Seligman, M. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf.

- Seligman, M. (1998). *Aprenda optimismo*. Barcelona. Grijalbo.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- SEOM. (2006). *Presentación del Manual de Comunicación en Oncología*. Madrid.
- Serrano, M. D., Garrido, M, Notario, B., Bartolomé, R., Solera, M. y Martínez, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*, 23 (1), 14-21.
- Shea, T. y Bauer, A. (2000). *Educación Especial*. México: Mc Graw Hill.
- Shetgiri, R., Kataoka, S. H., Ryan, G., Miller, L., Chung, P. y Schuster, M. (2009). Riesgo y Resiliencia en los latinos. Un estudio de investigación participativa basada en la comunidad. *American Journal of Preventive Medicine*, 6 (37), Suppl.1, 217-S224.
- Shiloh, S., Liora Gerard, L. y Goldman, B. (2006). Patients' Information Needs and Decision-Making Processes: What Can Be Learned From Genetic Counselors? *Health Psychology*, 25(2), 211-219.
- Siebert, A. (2007). *La resiliencia. Construir en la adversidad*. Alienta Editorial. Barcelona.
- Sinclair, R. R. y Tetrick, L. E. (2000). Implications of item wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. *Journal of Research in Personality*, 34(1), 1-25.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Slottje, P., Twisk, J. W., Smidt, N., Huizink, A. C., Witteveen, A. B., Van Mechelen, W. y Smid, T. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police. Officers 8.6 years after the air disaster in Amsterdam. *Quality of life research*, 16(2), 239-252.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15 (3), 194-200.
- Smith, J. A. y Charles, G. (2013). *Leadership Resilience: Lessons for Leaders from the Policing Frontline*. Gower: Ashgate Publishing Limited.
- Sobel, M. E. (1982). Intervalos asintóticos para los efectos indirectos en los modelos de ecuaciones estructurales. En S. Leinhardt (Ed.), *La metodología sociológica 1982*, 290-312. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sogi, C., Zavala, S., Olveros, M., Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(1), 30-37.
- Song, L., Hamilton, J. B. y Moore, A. D. (2012). Patient-healthcare provider communication: Perspectives of African American cancer patients. *Health Psychology*, 31(5), 539-547.

- Soto, J., Planes, M., y Gras, M. E. (2003). Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 0, 75-82.
- Stark, D. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and relation to Quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148.
- Suárez, E. N. (1996). El concepto de resiliencia desde la perspectiva de la promoción de salud. En M.A. Kothiarencó, C. Álvarez y I. Cáceres (Comps.), *Resiliencia: Construyendo en adversidad* (pp. 51-64). Santiago de Chile: CEANIM
- Sumalla, E. C., Ochoa, C. y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33.
- Sutcliffe, K. M. y Vogus, T. J. (2003). Organizing for resilience. In K. S. Cameron, J. E. Dutton and R. E. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 94-110). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Tang, L. y Koveos, P. (2004). Venture Entrepreneurship, Innovation Entrepreneurship, and Economic Growth. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 9(2), 161-171.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38 (11), 1161-1172.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-71.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Target article: Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18
- Terris, M. (1990). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Díaz de Santos. Madrid.
- Timoshenko, S. P. (1982). *Resistencia de materiales*. Espasa Calpe.
- Timoshenko, S. P. y Young, D. H. (1976). *Teoría de las estructuras*. Ed. Urmo.
- Todis, B., Bullis, M., Waintrup, M., Schltz, R. y D'Ambrosio, R. (2001). Overcome the odds: Qualitative examination of resilience among formerly incarcerated adolescents. *Exceptional Children*, 68(1), 119-139.
- Torrico, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S. y López, M. (2002). El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59.
- Travado, L., Grassi, L. y Gil, F. (2005). La comunicación médico-paciente en los oncólogos del Sur de Europa: la influencia de la orientación psicosocial y el agotamiento. (RET), *Revista de Toxicomanías*, 44.
- Tugade, M. M., y Fredrickson, B. L. (2004). Individuos resilientes usan las emociones positivas de recuperarse de las experiencias emocionales negativas. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 86(2), 320-333
- Ugarte, A. (2008). El binomio comunicación y salud: relaciones e investigación. En Cuesta, U., T. Menéndez, T. y Ugarte, A. (Coords.). *Comunicación y Salud*:

- Avances en modelos y estrategias de intervención* (pp. 39-47). Madrid: Editorial Universidad Complutense.
- Vanistendael, S. (1998): Cómo crecer superando los percances, Resiliencia. Capitalizar las fuerzas del individuo. Buenos Aires: Oficina del libro CEA. La Resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. *La Infancia en el Mundo*, 5(3), 6-7.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vanistendael, S. (2003). *La resiliencia en lo cotidiano*. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa (Orig., 2001).
- Vanistendael, S. (2005). *La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos*. 2º Congreso Internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. (2006). Intervenciones clínicas basadas en psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (dir.), *Emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Voogte, V. D. (2005). Positive and negative affect alter diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 14(4), 262-273.
- Wangild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wagnild, G. M. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontology Nursing*, 29 (12), 42-49.
- Wagnild, G. M. (2009). The Resilience Scale. *User's Guide*. Disponible en [www.resiliencecenter.com](http://www.resiliencecenter.com).
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wang, Z., Inslicht, S. S, Metzler, Y. T. J., Henn-Haase, C., McCaslin, S.E., Tong, H. y Marmar, C. R. (2010). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175(3), 211-216.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1986). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- 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. (1998). En WALSH, F. "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío", en *Sistemas familiares* 14(1), 11.

- Werner, E. y Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill.
- Whealin, J. M., Stotzer, R., Nelson, D., Li, F., Liu-Toma, H., y Pietrzak R. H. (2013). Evaluating PTSD (PostTraumatic Stress Disorder) prevalence and resilience factors in a predominantly Asian American and Pacific Islander sample of Iraq and Afganistan Veterans. *Journal of Affective Disorders*, 150 (3), 1062-1068.
- Wilks, S. y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's caregivers: mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50 (3/4), 113-131.
- Wolin S. J. y Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of trouble families Rise Above Adversity*. New York: Villard Books.
- Wolkow, K. E. y Ferguson, H. B. (2001). Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. *Community Mental Health Journal*, 37(6), 489-497.
- Yu, X., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S. y Zhang, J. (2010). Factor Structure and Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese Adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 218-24.

## **ENLACES DESDE LA PÁGINA DE INTERNET DE PSICOLOGÍA POSITIVA:**

**ADDIMA.** Asociación para el Desarrollo y Promoción de la Resiliencia. Con sede en Zaragoza, profundiza en el conocimiento y aplicación del enfoque teórico de la resiliencia, divulgar sus aplicaciones en distintos campos de acción y apoyar iniciativas que promuevan la resiliencia. Realiza actividades de elaboración de materiales didácticos y de sensibilización, diseño y realización de eventos formativos y asesoramiento a entidades y profesionales interesados en la aplicación de esta corriente.

**Resiliencia México.** Esta Web, desarrollada desde la UNAM (México) propone un Modelo Resiliente de Psicología Aplicada. El MRPA se basa en distintas herramientas para la aplicación en la identificación y la potencialización de habilidades resilientes. Dirige su trabajo a diversas poblaciones a través de Talleres Resilientes.

**Manual de identificación y promoción de resiliencia en niños y adolescentes.** Con el presente manual se desea presentar un instrumento que permita trabajar a trabajadores de la salud y de la educación con niños y adolescentes sobre las siguientes cuestiones: ¿Qué significa la resiliencia?, ¿Qué sabemos respecto a ella?, ¿Qué estamos haciendo como trabajadores de la salud y como educadores para promoverla?, ¿Qué aspectos de la personalidad debemos fomentar?, ¿Cómo debemos trabajar para su desarrollo y fortalecimiento?

**International Network on Personal Meaning.** Completo portal en Internet dedicado al crecimiento personal, promoción de la salud y la espiritualidad a través de la búsqueda de sentido, desde un punto de vista científico. Merece la pena el "newsletter" mensual, dedicado cada mes a un tema específico de la psicología positiva!

**Resiliency in action.** Web especializada en el desarrollo de resiliencia en niños y adolescentes.

**Estado de arte en resiliencia** de María Angélica Kotliarenko, Irma Cáceres y Marcelo Fontecilla (Organización Panamericana de la Salud. CEANIM, Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer)

**Resiliencia.** Página chilena dedicada a la resiliencia desde un punto de vista social, con un especial hincapié en la relación entre resiliencia y pobreza. Podemos encontrar bibliografía, enlaces y artículos on-line sobre el tema.

**La Personalidad Resistente, variable moduladora de la salud.** Breve artículo sobre personalidad resistente, que presenta, de forma resumida las principales características de este concepto.

**Hardiness for Hard Times Foundation.** Link en el que podemos encontrar una primera aproximación al concepto de la personalidad resistente y sus orígenes.

**The Hardiness Institute.** Presenta una extensa bibliografía sobre el concepto de hardiness separada en temas.



**The Resiliency Project.** Web de la doctora Mary A. Steinhardt en la que podemos encontrar gran cantidad de reseñas de artículos y libros sobre resiliencia, hardiness y otros tópicos de la psicología positiva, así como una descripción de los proyectos que esta investigadora desarrolla.

**Resilience for kids and teens.** Web de la APA centrada en la resiliencia en niños y adolescentes. Ofrece guías para padres y profesores sobre la construcción de la resiliencia en estas edades.

**The road to resilience.** Web de la APA donde que realiza una aproximación teórica al concepto además de proponer diferentes estrategias para desarrollar esta capacidad. Además, ofrece un cuestionario interactivo sobre crecimiento postraumático basado en el cuestionario de Tedeschi y Calhoun.

**ResilienceNet.** Página americana con posibilidad de leerla en español, que ofrece una enorme cantidad de información sobre resiliencia: reseñas de libros, artículos, links, investigación, grupo de discusión...

---

## **VI.- ANEXOS**

---



## ANEXO 1: NECESIDADES DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

*Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico.*

**Cuestionario sobre necesidades de comunicación e información.**  
**A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre aspectos comunicativos que usted mantiene con su médico oncólogo en las visitas que realiza. Lea atentamente cada frase y decida la frecuencia e importancia con la que se produce cada una de ellas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime su opinión.**

		FRECUENCIA					IMPORTANCIA				
		Nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre	No es nada importante	Es poco importante	Regular, ni mucho ni poco importante	Es bastante importante	Es muy importante
1	El médico resuelve todas mis dudas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	El médico me reconforta en los momentos en los que lo necesito.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Siento que el médico entiende mis emociones y/o sentimientos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Con el médico puedo conversar sobre temas espirituales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Me proporciona otras fuentes de información sobre la enfermedad (folletos, guías, referencias bibliográficas...).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Puedo preguntar con libertad diferentes aspectos relacionados con mi enfermedad.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Si él no puede ayudarme me indica dónde puedo apoyarme (psicólogos, grupos de apoyo...).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Aparte de aspectos médicos, puedo hablar con él otros aspectos que me preocupan (familiares, laborales, personales...).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	El médico me proporciona confianza.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	El médico me hace partícipe de las decisiones que se toman relacionadas con mi enfermedad.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Me siento escuchado/a por el médico.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Siento que puedo expresar abiertamente mis emociones cuando estoy con él (rabia, alegría, miedo, tristeza...).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	El médico se preocupa porque haya comprendido la información dada.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	El médico se preocupa por mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Comento con mi médico las emociones que me producen los tratamientos, (quimioterapia, radioterapia cirugía...) y/o sus efectos secundarios.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

De las 15 situaciones descritas anteriormente, ¿indique, por favor, las dos más importantes para usted?

**1:**

**2:**



## ANEXO 2: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y BIOMÉDICAS.

### CUESTIONARIO GENERAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO:

Tabla 1. Características sociodemográficas.

**Sexo:**

1. Varón
2. Mujer

**Edad:**

**Estado Civil:**

1. Soltero
2. Casado
3. Pareja de hecho
4. Separado
5. Divorciado
6. Viudo

**N ° de hijos:**

**Situación Laboral:**

1. Activo
2. Baja laboral
3. Incapacidad laboral
4. Desempleado
5. Jubilado
6. Ama de casa
7. Estudiante

**Nivel Educativo:**

1. Básicos
2. Primaria
3. Secundaria
4. Formación Profesional
5. Universitario

**Profesión:**

1. Estudiante
2. Ama de casa
3. Técnico
4. Funcionario
5. Empresario
6. Autónomo
7. Agricultor
8. Obrero
9. Otras

**Medio:**

1. Rural
2. Urbano

Tabla 2. Características biomédicas.

**Fecha del diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento:**

1. Ninguno
2. Cirugía
3. Quimioterapia
4. Radioterapia
5. Terapia hormonal
6. Ensayo clínico

**Fase de Enfermedad:**

1. Fase libre
2. Resto de fases
3. Recaída
4. Ninguna recaída
5. Una recaída
6. Más de una recaída

**Tiempo desde diagnóstico:**

1. Entre 0 y 6 meses
2. Entre 6 y 12 meses
3. Más de 12 meses

**Tipos de diagnóstico:**

1. Mama.
2. Colon. Recto.
3. Pulmón. Pleura.
4. Hígado.
5. Linfoma No Hodgkin.
6. Cerebrales.
7. Esófago.
8. Ovario.
9. Estómago.
10. Óseo.
11. Testículos.
12. Laringe.
13. Cavidad Bucal.
14. Otros.



**ANEXO 3. ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG,  
 VERSIÓN EN ESPAÑOL DE HEILEMANN, LEE Y KURY (2003)**

Lea las próximas proposiciones. A su derecha encontrará siete números que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda, hasta “7” (totalmente de acuerdo). A la derecha. Haga un círculo en el número que mejor refleje sus sentimientos con respecto a cada proposición. Por ejemplo: Si esta totalmente en desacuerdo, con la proposición marque el 1, si está neutral marque el 4, si está totalmente de acuerdo, marque el 7, etc.

ITEMS	Desacuerdo Acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando hago planes, lo llevo a cabo.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Es importante para mí mantenerme interesados en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Puedo valerme por mí mismo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8.- Cuido de mi mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidido/a.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12.- Hago las cosas, una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13.- Puedo superar las dificultades, porque ya he tenido experiencias difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
14.-Soy disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15.- Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Por lo general, encuentro algo de que rérme.	1	2	3	4	5	6	7
17.- Creer en mí mismo me permite superar los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20.- Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21.- Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tengo las energías suficientes para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25.- Acepto que hay personas a las que yo no le agrado.	1	2	3	4	5	6	7





## ANEXO 4. REGISTRO DE LA INVESTIGACIÓN EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. SACYL.

		<b>SOLICITUD DE REGISTRO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b> <b>COMISION DE INVESTIGACIÓN Y BIBLIOTECA</b>	
Fecha de Petición: <input type="text" value="16 de septiembre de 2015"/>		Nº de Registro: <input type="text"/>	
<b>Datos de identificación:</b>			
Apellidos y Nombre:		<input type="text" value="Temprano Peñín M&lt;sup&gt;o&lt;/sup&gt;Soledad"/>	
Servicio / Dirección:		<input type="text" value="Rehabilitación- Unidad de Logopedia"/>	Teléfono (extensión): <input type="text" value="48063"/>
Título del Proyecto:		<input type="text" value="Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente"/>	
<b>Resumen del proyecto:</b> (Se recomienda presentar memoria en hojas aparte); Comprobar los apartados:			
Antecedentes(Bibliografía)	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipótesis/Objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>
Metodología	<input checked="" type="checkbox"/>	Utilidad	<input type="checkbox"/>
Aspectos éticos	<input checked="" type="checkbox"/>	Cronograma/Presupuesto	<input checked="" type="checkbox"/>
Se trata de una investigación en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. Es una Tesis Doctoral dirigida por académicos de la Universidad de Salamanca como directores de tesis. Tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente, tanto con enfermedad aguda, crónica y oncológica. Se trata de conseguir este objetivo estudiando la comunicación y la resiliencia ante la enfermedad y en la relación terapéutica médico-paciente. Su justificación se haya en que las habilidades comunicativas con el paciente juegan un papel fundamental que favorecerá la calidad de atención para adaptar la información a la situación del paciente y ayudarle a afrontar el sufrimiento de esta enfermedad mediante la comunicación como instrumento terapéutico. La resiliencia como capacidad de afrontamiento va a facilitar, en el caso de la enfermedad como suceso adverso, la adaptación del sujeto y un crecimiento personal. La resiliencia está relacionada con el apoyo social y la comunicación.			
El objetivo general es estudiar la comunicación y resiliencia en los pacientes en la relación terapéutica médico-paciente. Las hipótesis de trabajo estudiarán las respuestas de los cuestionarios entre sí y con diferentes variables llamadas universales (edad, sexo, nivel educativo,...).			
Metodología: Es un diseño descriptivo tipo clínico, cuasi-experimental con dos grupos definidos: grupo experimental de oncológicos y grupo control no oncológico. La muestra objeto de estudio se compone de tres grupos de pacientes: oncológicos, crónicos no oncológicos y agudos. Son pacientes atendidos en el Área de Salud de Zamora y localizados en el Hospital y diferentes Asociaciones de Enfermedades crónicas y oncológicas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Consentimiento informado oral, y respondan a los siguientes cuestionarios: el Cuestionario de Necesidades de Información y de Comunicación de Navarro (2010) y la Escala de Resiliencia de Walguind y Young (1993). Se analizan los datos obtenidos mediante análisis estadístico SPSS 19. El estudio se inició en el año 2012 con la preparación de la investigación doctoral.			
<b>Declaración de requisitos / conflictos*:</b>			
Precisa valoración por el Comité Ético de Investigación Clínica:	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	Tramitado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Precisa valoración por la Comisión de Investigación:	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	
Precisa ayuda metodológica de la Unidad de Investigación:	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	
Ocasiona gastos no relacionados con la asistencia:	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	
Implica manejo de datos de carácter personal protegidos:	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	
Presenta conflictos de propiedad intelectual:	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	
* Si existe cualquier requisito / conflicto debe tramitarse su valoración antes de iniciar el proyecto.			
Firma del Responsable del proyecto:		Fecha de registro:	
 M <sup>o</sup> Soledad Temprano Peñín		HOSPITAL "VIRGEN DE LA LUZ" DE ZAMORA SACYL - ZAMORA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Entrada <input type="checkbox"/> Salida <input type="checkbox"/>	
		Fecha <input type="text" value="17-9-15"/>	
			
<b>Visto bueno de la Comisión de Investigación:</b> (Se asume favorable salvo notificación por escrito en contra)			
Evaluador	Nombre:	Fecha de evaluación:	
	Firma:		
		Favorable: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
		(si es desfavorable)	
		Notificación tramitada: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
(entregar por duplicado; áreas en gris reservadas)			
			



## **ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL**

Al paciente que acude a nuestra consulta hospitalaria y a los pacientes que acuden a las Asociaciones de enfermedades oncológicas y/o crónicas del medio urbano y rural, siendo pacientes valorados en el Área de Salud de Zamora, se le comunica el estudio que estamos realizando y el título de la Tesis Doctoral enmarcada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca:

Título de la Tesis Doctoral: **Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente.**

Se le indica que:

Usted ha sido invitado a participar en este trabajo de Tesis. Le voy a explicar el objetivo del mismo y cuál será su papel.

El propósito de la Tesis es conocer las necesidades de comunicación y de información del paciente y la forma de afrontar y adaptarse a esta enfermedad considerada una adversidad. Debemos realizar los siguientes cuestionarios.

Entendiendo lo expuesto:

1. Su participación es voluntaria.
2. Puede contactar con la investigadora M<sup>a</sup>Soledad Temprano Peñín en cualquier momento en todo lo que desee saber.
3. La investigadora se compromete a mantener la privacidad de los resultados con estricta confidencialidad.
4. La investigadora reconoce que no se planea ningún tipo de compensación ni por los resultados que arroje la prueba, ni por la validez estadística que ésta pueda ofrecer.
5. Tiene la disponibilidad de continuar colaborando con la investigadora.

Le agradezco su participación.