

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

---

Facultad de Ciencias de la Salud

# Resiliencia: Una propuesta enfermera en la supervivencia al cáncer

---

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Estudiante: Lara Hoyos Gorrotxategi

Tutor: Raúl Cacho Fernández

*Mayo, 2021*



## **Objetivo: llegar**

*El camino recto te hace llegar pronto, sin detenerte.*

*Objetivo: llegar.*

*El camino sinuoso tiene un objetivo inicial: llegar  
hasta que descubre nuevos retos, crea nuevos escenarios,  
otorga tiempo para parar, remover el árbol y desechar lo que no sirve.*

*Exige mirar hacia dentro; explorar tus recursos,  
dejar a un lado tu yo plano y bicolor.  
Revolucionar las rutinas, lo planificado y previsto.*

*Es revisar esa viga que soporta, esa tierra que enraíza.  
Abandonar la inercia que embulle y arrastra,  
engullida por las masas, perdiendo la identidad y lo peculiar.*

*Cuando llegar rápido se transforma en trampa, en ceguera.  
La importancia liviana de lo que pasa en la superficie.*

*Cuando descubres que el tiempo, tu tiempo, nuestro tiempo  
siempre caduca y el llegar sólo es un pretexto.*

*Encuentras el sentido en cada curva de la ruta.  
Sientes la duda, la dificultad, a veces la impotencia.  
Pero desvelas el por qué y todos los cómo se despliegan.*

*Es como renacer con una mochila que no pesa,  
cargada de utensilios que has creado en ese devenir  
y que hoy te han hecho feliz porque has pasado del bicolor al arco iris.*

*El camino recto te hace llegar pronto, sin detenerte.*

*Objetivo: llegar.*

*E.M.B, superviviente de cáncer de mama*



## RESUMEN

Sin desatender que el cáncer constituye una importante amenaza para la salud, lo cierto es que el aumento de las expectativas de vida con respecto a esta enfermedad reclama la necesidad de atender al superviviente oncológico.

Frente al estudio convencional del funcionamiento humano basado en las debilidades, la resiliencia reivindica la posibilidad de resurgir y fortalecerse a través de la desdicha.

El presente trabajo tiene como objeto realizar una revisión narrativa de la literatura existente acerca del desarrollo resiliente en contextos desestabilizadores como el cáncer, desde un enfoque de enfermería que pretende vigorizar las potencialidades del individuo.

Se demuestra que la resiliencia no sólo es un fenómeno común entre los supervivientes, sino que además beneficia notoriamente su calidad de vida. Sin embargo, se detecta la necesidad de investigar e intervenir en mayor profundidad sobre esta variable desde el campo de la salud, por lo que se plantea una propuesta de capacitación en resiliencia como herramienta útil de cara a futuras líneas de actuación en enfermería.

**Palabras clave:** resiliencia, cáncer, supervivencia, calidad de vida, enfermería

**Número de palabras :** 20.802

## ABSTRACT

Not forgetting that cancer is a major health threat, the truth is that the increase in life expectancy for this disease demands the need to take care of the oncological survivor.

Faced with the conventional study of human functioning based on weaknesses, resilience arises to claim the possibility of resurgence and strength through hard situations.

The present thesis aims to carry out a narrative review of the existing literature about the resilient development in destabilizing contexts such as cancer, from a nursing approach which aims to strengthen the potentialities of each individual.

It is shown that resilience is not only a common phenomenon among survivors, and it also has significant benefits in their quality of life. However, there is a need for further research on this variable in the field of health, which leads to make a resilience training proposal as a useful tool for future nursing lines of action.

**Key words:** resilience, cancer, survival, quality of life, nursing

**Number of words :** 20.802



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. MARCO TEÓRICO	
1.1 El cáncer.....	1
1.1.1 Introducción.....	1
1.1.2 Epidemiología.....	2
1.1.3 Supervivencia al cáncer.....	5
1.2 Conceptualización de superviviente.....	6
1.2.1 Larga supervivencia.....	8
1.3 Psicooncología.....	11
1.4 Hacia una nueva conceptualización de la salud.....	14
1.4.1 Psicología positiva.....	14
1.4.2 Resiliencia.....	16
1.4.3 Enfermería y resiliencia.....	20
1.4.4 Calidad de vida.....	22
2. OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo general.....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
2.3 Pregunta de investigación.....	26
3. METODOLOGÍA.....	26
3.1 Diseño.....	27
3.2 Revisión bibliográfica.....	27
3.2.1 Búsqueda y selección de artículos .....	30
3.3 Metodología cualitativa .....	33
3.3.1 Consideraciones éticas .....	34

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
4.1 Análisis bibliográfico.....	37
4.1.1 El desarrollo resiliente y sus factores protectores en la fase de supervivencia extendida y a largo plazo.....	37
4.1.2 El impacto de la resiliencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud.....	52
4.2 Análisis cualitativo de las entrevistas.....	59
5. LIMITACIONES Y PLANTEAMIENTO DE LÍNEAS DE MEJORA.....	66
6. CONCLUSIONES.....	69
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	70
7.1 Justificación.....	70
7.2 Objetivos.....	71
7.3 Metodología.....	71
7.4 Planificación.....	73
7.4.1 Participantes.....	73
7.4.2 Cronograma.....	74
7.4.3 Recursos.....	74
7.4.4 Actividades.....	75
8. AGRADECIMIENTOS.....	89
9. BIBLIOGRAFÍA.....	90
10. ANEXOS.....	102

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia PICO.....	26
Tabla 2. Tesoros MeSH obtenidos a partir del lenguaje libre.....	29
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
Tabla 4. Perfil de la muestra entrevistada.....	34
Tabla 5. Resumen de factores influyentes en la resiliencia .....	51
Tabla 6. Cuestionario de preguntas aplicado a supervivientes.....	60
Tabla 7. Cuestionario de preguntas aplicado a enfermera.....	64
Tabla 8. Resumen de intervenciones eficaces para los factores resilientes.....	73
Tabla 9. Planificación de las sesiones del taller.....	74

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Incidencia de cáncer en España durante el año 2020, según tipo tumoral.....	3
Figura 2. Supervivencia neta estandarizada de cánceres más frecuentes a 1, 3 y 5 años de cáncer durante el período 2008-2013, de 15 a 99 años, según sexo .....	4
Figura 3. Impacto psicológico del superviviente de cáncer.....	11
Figura 4. Modelo ecológico transaccional de Bronfenbrenner adaptado al proceso oncológico.....	19
Figura 5. Modelo enfermero del sistema conductual propuesto por Dorothy Johnson.....	25
Figura 6. Flujo de información según las diferentes fases de la revisión sistemática.....	32
Figura 7. Modelo de patrones de funcionamiento ante sucesos potencialmente traumáticos o pérdidas interpersonales.....	39

Figura 8. Trayectorias de satisfacción con la calidad de vida en supervivientes de cáncer colorrectal.....	56
Figura 9. Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en supervivientes de cáncer colorrectal.....	56

## ÍNDICE DE ANEXOS

### Anexo 1: Metodología

Anexo 1.1 Estrategia de búsqueda en bases de datos. ....	102
Anexo 1.2 Artículos seleccionados a partir de la búsqueda bibliográfica.....	106
Anexo 1.3 Documento de consentimiento informado.....	112

### Anexo 2: Instrumentos de medida

#### - Anexo 2.1 Resiliencia

Anexo 2.1.1 Escala de resiliencia de Wagnild y Young de 25 ítems (RS-25).....	113
Anexo 2.1.2 Escala de resiliencia de Wagnild y Young de 14 ítems (RS-14).....	114
Anexo 2.1.3 Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC 25).....	115
Anexo 2.1.4 Adaptación china de la escala de resiliencia CD-RISC 25.....	116
Anexo 2.1.5 Escala de resiliencia SPP-25.....	117
Anexo 2.1.6 Escala PFRS de factores protectores de la resiliencia.....	117

#### - Anexo 2.2 Calidad de vida

Anexo 2.2.1 Subescala específica de evaluación funcional para el tratamiento de cáncer colorrectal (FACT-C).....	118
Anexo 2.2.2 Escala de satisfacción con la Vida (SWLS).....	119
Anexo 2.2.3 Cuestionario de calidad de vida SF-36.....	120
Anexo 2.2.4 Cuestionario de calidad de vida para el cáncer QLQ -C30.....	122

Anexo 3: Propuesta de intervención

- Anexo 3.1 Cartel informativo.....	124
- Anexo 3.2 Cuestionario de calidad de vida para el cáncer QLQ – C30.....	125

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. El cáncer

#### 1.1.1 Introducción

El cáncer se define como “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células”, donde el tumor puede extenderse y llegar a invadir tejidos adyacentes (1).

El origen etimológico de la palabra cáncer nos sitúa en el siglo IV. a.C , cuando Hipócrates se refiere al término *καρκίνοσ* (karkinos) como “una lesión crónica ulcerosa que se desarrolla progresivamente y sin control” (p.137), asociando su expansión a las patas de un cangrejo. A partir de ahí , surge “cancer” en latín, que incorpora del griego la ambigüedad del término en cuanto a su significado: cangrejo y úlcera maligna. Se establece el sentido moderno del cáncer a partir de ésta última (2).

En la actualidad se conocen más de 200 tipos de cáncer. Si bien todos ellos surgen de una proliferación descontrolada de las células, cada uno desarrolla un curso diferente en función de la localización tumoral. Por esta razón, cabe considerar su independencia en cuanto a tratamientos y cuidados específicos (3).

Existen tres tratamientos principales para combatir el cáncer, estos son: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Estos tratamientos pueden aplicarse de forma individual o complementaria. No obstante, a lo largo de esta última década, surge un conjunto de nuevas terapias como alternativa a las clásicas; entre ellas encontramos la hormonoterapia, la inmunoterapia, la terapia dirigida, la crioterapia o la cirugía con láser. Estas modalidades recientes parecen ofrecer mayores porcentajes de curación, siendo éste un dato muy interesante en lo que a la calidad del paciente oncológico respecta (4).

La cirugía representa una de las modalidades más frecuentes en el tratamiento oncológico, debido a su carácter multidimensional: preventivo, diagnóstico, curativo, paliativo.... La radioterapia constituye otro tipo de tratamiento que con el fin de destruir las células cancerosas, emplea altas dosis de radiación. La quimioterapia, por su parte, consiste en la administración de fármacos suministrados vía oral o intravenosa (5).

Entre las nuevas formas terapéuticas, la hormonoterapia ofrece la posibilidad de ralentizar o detener aquellos tumores hormonodependientes (como el de mama o próstata). La inmunoterapia actúa estimulando el sistema inmunológico de la persona, bien mediante los propios recursos del organismo o bien introduciendo sustancias fabricadas en los laboratorios. Además, la crioterapia o crioablación trata de destruir las células cancerosas sometiéndolas a bajas temperaturas; puede servir de opción en el tratamiento de lesiones precancerosas o muy localizadas. La terapia láser emplea una luz de alta intensidad, especialmente en el tratamiento de cánceres superficiales y lesiones premalignas (5).

### *1.1.2 Epidemiología*

Las estadísticas actuales justifican la carga de esta enfermedad tanto en el marco epidemiológico como en el asistencial. A nivel mundial, se estima que el año 2018 reunió alrededor de 18,1 millones de personas con cáncer. La evidencia estudia un aumento en la incidencia de esta patología durante los próximos años, que se traducirá en 30,2 millones de nuevos casos en el año 2040 (7).

Europa acumuló aproximadamente 4 millones de nuevos casos en 2018, lo que le sitúa entre uno de los continentes con mayor tasa de prevalencia (6).

En España, un total de 282.421 nuevos casos de cáncer han sido diagnosticados a lo largo de este último año. La Comunidad Foral de Navarra, por su parte, detectó 591 nuevos casos por 100.000 habitantes en el año 2018 (8).

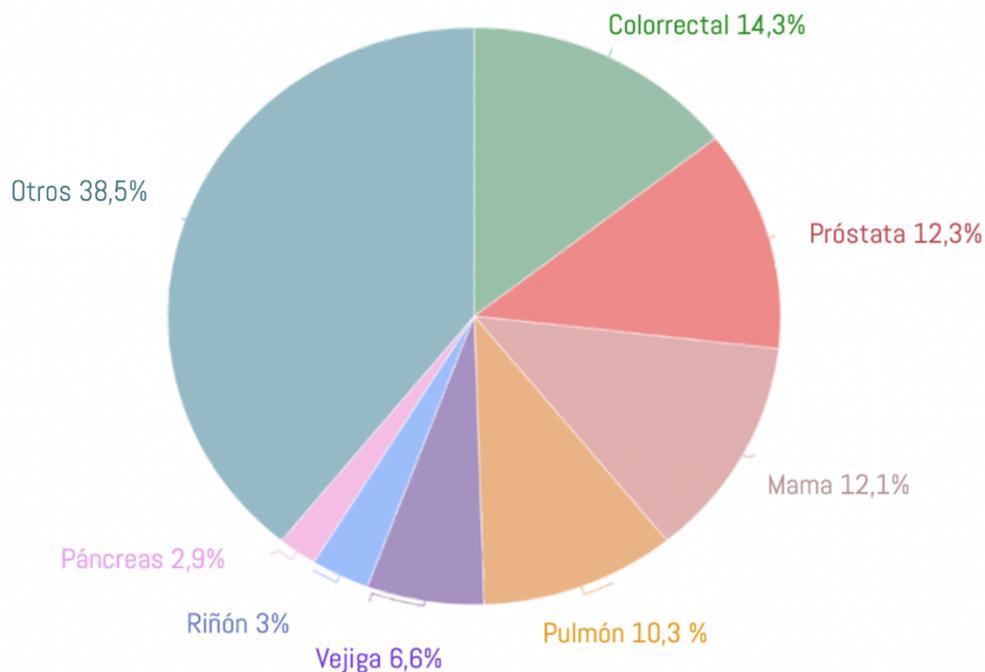


Figura 1. Incidencia de cáncer en España durante el año 2020, según tipo tumoral (6).

Fuente: Elaboración propia a partir de The Global Cancer Observatory (GCO). All cancers [Internet]; 2020 [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://gco.iarc.fr/today/home>.

En términos de mortalidad, se registraron 9,6 millones de muertes mundiales a lo largo del año 2018 (6). En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el cáncer constituyó la 2ª causa de muerte en 2018, agrupando el 26,4% de los fallecimientos totales. Si atendemos a los datos en relación al género, el cáncer aparece como causa dominante de muerte entre los hombres, siendo el cáncer de pulmón la causa principal de los decesos. Con respecto a las mujeres, el cáncer representa la segunda causa de muerte y se asocia al cáncer de mama. Estos datos son de suma importancia, pues indican que las dianas terapéuticas en relación a la prevención deberán ser distintas para hombres y mujeres (9).

Un hecho importante relacionado con la incidencia de esta enfermedad es que el aumento de la esperanza de vida ha incrementado el número de los casos por cáncer, puesto que la edad es un factor de riesgo a considerar tanto en el surgimiento como en la progresión de esta enfermedad (10). De acuerdo a los datos demográficos ofrecidos por la INE, a nivel nacional, la esperanza de

vida ha aumentado considerablemente en los últimos años; hoy por hoy, ésta se sitúa en los 80,9 años en el caso de los hombres, frente a los 86,2 años en las mujeres (11).

Si bien es cierto que nos enfrentamos a una realidad marcada por esta enfermedad, tanto los avances diagnósticos como terapéuticos prometen un futuro alentador que contempla cada vez un mayor número de supervivientes. Estudios estadounidenses revelaron 16,9 millones de supervivientes de cáncer entre su población en el año 2017, estimando un incremento que alcanzará los 22,1 millones en 2030 (12). A nivel nacional, entre 2008 y 2013 la supervivencia neta a los 5 años de los pacientes diagnosticados de cáncer alcanzó un 55,3% en el caso de los hombres, mientras que el 61,7% de las mujeres sobrevivió en ese mismo período de tiempo (13).

Atendiendo a los cánceres con mejor pronóstico, el cáncer de próstata se relaciona con un mayor número de supervivientes hombres (89,8%). En las mujeres, en cambio, es el cáncer de tiroides el que recoge el 93,1% de la población sobreviviente (13).

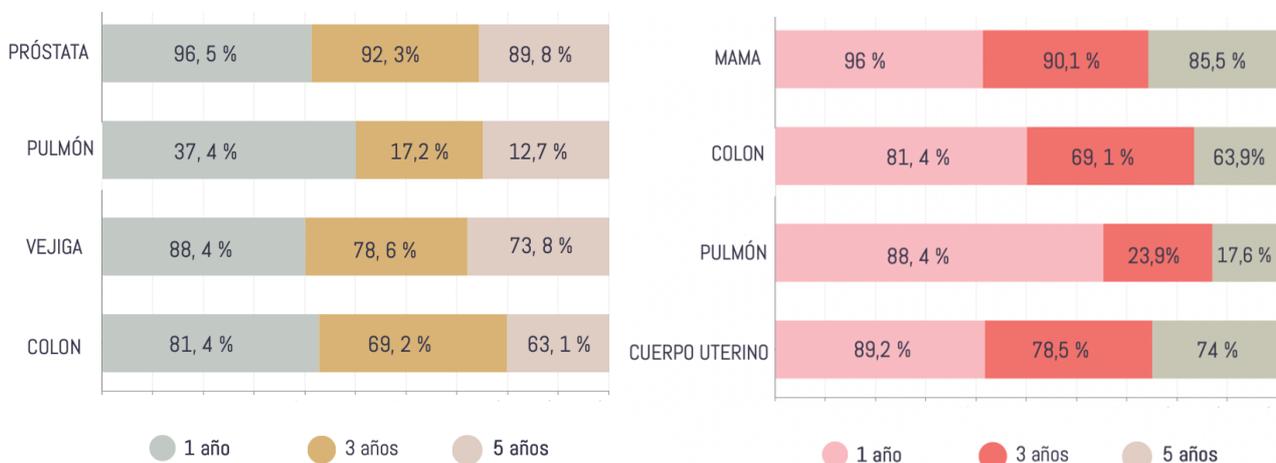


Figura 2. Supervivencia neta estandarizada de cánceres más frecuentes a 1, 3 y 5 años de supervivencia durante el período 2008-2013, de 15 a 99 años, según sexo masculino (izquierda) y femenino (derecha) (13).

Fuente: Elaboración propia a partir de Red Española de Registros de cáncer (REDECAN). Supervivencia de cáncer en España. 2002-2013 [Internet]; 2020 [citado 12 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://redecn.org/redecn.org/es/Informe\\_Supervivencia\\_REDECAN\\_2020.pdf](https://redecn.org/redecn.org/es/Informe_Supervivencia_REDECAN_2020.pdf)

### 1.1.3 Supervivencia al cáncer

Los últimos datos recogidos en el apartado anterior resultan ser muy esperanzadores; sin embargo, a pesar de los intentos por desmitificar el cáncer como sentencia de muerte, persiste en la población una connotación negativa asociada a esta enfermedad. Concretamente, en una de sus descripciones, la *Real Academia Española de la Lengua* (RAE) se dirige a ella haciendo mención de lo siguiente: “proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos; ej: la droga es el cáncer de nuestra sociedad” (14).

La asociación histórica cáncer-muerte se centra en el siglo XIX, un contexto marcado por el estigma. Dada la creencia general de que se trataba de una enfermedad contagiosa, la vergüenza y la culpa se volvieron emociones predominantes en el paciente oncológico. En su intención de enfrentarse a las actitudes fatalistas del público hacia el cáncer, la “*American Cancer Society*” estableció numerosos programas educativos que alentaban a la población a acudir a consulta en caso de sintomatología sospechosa (15).

Por tanto, pese al aumento de la incidencia global, la disminución de la mortalidad por cáncer nos revela que éste no es siempre sinónimo de muerte. Habiendo disminuido los decesos por dicha causa en un 1,3 %, se observa una tendencia ascendente en las cifras de supervivencia (16). De hecho, el período que abarca desde el año 2002 al 2013 contempló un aumento significativo en la tasa de supervivencia neta a los cinco años del diagnóstico; aumentó 3,3 puntos porcentuales en los hombres y 2,6 en las mujeres (13).

Cabe mencionar que el cáncer de mama, tumor más común entre el género femenino, presenta una tasa de supervivencia global del 80%, mientras que el cáncer de próstata que más destaca entre los hombres muestra datos esperanzadores con una tasa del 75% (17).

La evidencia, por tanto, hace necesaria una nueva concepción del cáncer que incluya al paciente

oncológico que sí que sobrevive. En este sentido, ya se habla de lo que se denomina superviviente (13).

## 1.2 Conceptualización de superviviente

En el contexto de la enfermedad del cáncer, el concepto de supervivencia se ha vinculado a numerosas y variadas definiciones (18). Es el físico Fitzhugh Mullan quien introduce por primera vez el término “superviviente”, desde una experiencia personal desafiada por el cáncer. Mullan se aleja del concepto “paciente curado”, pues esta idea nace de la creencia de que se distinguen cursos aislados de la enfermedad en función de si se da o no la cura. Frente a este hecho, Mullan considera superviviente a toda persona que desde el diagnóstico se enfrenta a su propia mortalidad, siendo capaz de generar recursos para manejar cambios en el futuro (19).

Otro ejemplo de definición de superviviente es el que nos brinda el *National Cancer Institute* (NCI); éste argumenta que el concepto superviviente abarca todos aquellos aspectos de la enfermedad que comienzan con el diagnóstico y persisten una vez finalizado el tratamiento (20).

Concretando, existen dos amplios grupos de definiciones. Hay quienes conciben la etapa diagnóstica como parte del proceso de supervivencia, mientras que se hallan definiciones como la del *Journal of Cancer Survivorship*, las cuales incluyen bajo el concepto de superviviente a aquellas personas que una vez diagnosticadas, han finalizado la etapa de tratamiento activo y se encuentran en fase de remisión completa (21). De hecho, es esta última conceptualización la que se asocia de forma más común al término superviviente y será la que se emplee como referencia en este trabajo.

Por lo general, la supervivencia es abordada a partir de tres etapas, definidas históricamente por Mullan: etapa de supervivencia aguda, extendida y permanente (19). La etapa de supervivencia aguda se extiende desde la fase diagnóstica e incluye los tratamientos. La fase extendida, por su parte, se relaciona con la finalización del tratamiento primario (cirugía, quimioterapia o

radioterapia) ; es decir, nos referimos a ella cuando la enfermedad ha remitido. En último lugar, la supervivencia permanente o a largo plazo se define como el período posterior a la remisión, en el que la probabilidad de recidiva es relativamente baja (23,24).

Dado que no existe una clara delimitación en cuanto a la temporalización de las fases de supervivencia extendida y permanente, por lo regular, se establece como límite el transcurso de cinco años libres de enfermedad (23); es a partir de ahí cuando se asume el concepto de “largo superviviente de cáncer”.

A lo largo de esta etapa de supervivencia, la persona construye su experiencia vital y de enfermedad en base a diferentes identidades: paciente, curado, víctima, superviviente... pudiendo coexistir varias identidades de manera simultánea. Cabe destacar además que la autodefinición se ve condicionada por las percepciones personales acerca del proceso de enfermedad, así como del conjunto de emociones que interfieren en ella.

En líneas generales, el concepto de supervivencia va a menudo ligado a la interpretación metafórica del cáncer que lo relaciona con una batalla en la que se triunfa si se consigue sobrevivir. Sin embargo, existen perspectivas alejadas a esta asociación en las que se considera superviviente a aquel que de alguna manera, sigue unido a la enfermedad (a través de revisiones periódicas) pero mira hacia el futuro con esperanza.

Precisamente por ser una experiencia individual y única, conocer cómo la persona vive la enfermedad a través de la identidad que asume bajo esta condición posibilita un mejor ajuste de los cuidados. A este respecto, hay estudios que alegan que el lenguaje adoptado por los profesionales en torno a la fase de supervivencia se relaciona positivamente con el desarrollo de la identidad personal; precisamente bajo el término superviviente el paciente encuentra un mayor sentido de la vida que facilita el proceso de adaptación a la nueva cotidianidad y refuerza los niveles de autoestima y autonomía. De este modo, los cuidados postratamiento y la

enfermería son vitales para un ajuste adecuado del individuo a la reincorporación de la vida cotidiana (22).

### 1.2.1 *Larga supervivencia*

Considerando que aproximadamente el 50% de los diagnósticos de cáncer en adultos contemplan un pronóstico vital de al menos cinco años, desde los servicios de salud se afronta un escenario que exige la necesidad de dar respuesta a las necesidades de esta población creciente (16).

La etapa de supervivencia implica el retorno a la vida habitual, condicionada no sólo por secuelas físicas, sino también por conflictos psicológicos. Requiere, por un lado, integrar la huella que ha dejado el cáncer en su historia vital, y por otro, hacer frente a un futuro incierto dominado por el miedo a la recidiva y los efectos tardíos. Además, deben considerarse las dificultades generadas en el restablecimiento de la vida social, laboral y recreativa (23).

Hoy en día, la atención al largo superviviente plantea un reto asistencial que ha de ser coordinado por equipos multidisciplinares. En base a las directrices que establece el *Instituto estadounidense de Medicina*, las intervenciones deben centrarse en: la detección y prevención de segundas neoplasias y efectos tardíos, la vigilancia de una posible recurrencia y el abordaje de las consecuencias físicas y psicosociales asociadas al cáncer y sus tratamientos; todo ello asegurando un seguimiento que involucre a los diferentes niveles asistenciales (25).

A pesar de lo comentado anteriormente, es un hecho a destacar que, a día de hoy, la atención al paciente oncológico se centra particularmente en la fase aguda de la enfermedad, descuidando la fase transitoria desde la época de tratamiento activo hacia el postratamiento y la larga supervivencia. Por regla general, emerge una realidad sanitaria en la que el superviviente se siente desorientado en relación a una discontinuidad asistencial que olvida sus necesidades (25). Hacemos nuestras las reflexiones de Mullan (19), en cuanto a que: “es como si hubiéramos

inventado técnicas sofisticadas para evitar que las personas se ahoguen, pero una vez rescatadas, nos desentendemos, creyendo que ya hemos hecho todo lo posible”.

Hecha la observación precedente, el período de supervivencia a largo plazo se define con frecuencia dentro del contexto de curación; a menudo, esta creencia se asocia al descuido de las necesidades de este grupo poblacional. No obstante, es necesario recordar que la fase de larga supervivencia se desenvuelve en un continuum con las anteriores etapas de supervivencia y que va más allá de “vencer a la enfermedad” (19).

A medida que disminuyen las preocupaciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento en un contexto donde urge la supervivencia física, la persona se enfrenta a un importante reajuste de su vida dominado por el miedo a la recidiva y a los efectos secundarios de los tratamientos a largo plazo (26). Además, el sentido de protección que el paciente oncológico desarrolla en torno al medio hospitalario y soporte familiar choca con una nueva realidad que obliga a entender el cáncer como un proceso crónico, que se alarga más allá de los tratamientos y que requiere de una elaboración psíquica (27).

Tras el cese de los tratamientos, la persona se adentra en un mundo de emociones dominado por la ansiedad, la angustia, la preocupación, la incertidumbre, el desamparo... A nivel emocional, el temor a la recaída constituye la principal fuente de estrés en el paciente superviviente, que se acompaña de una disminución en la sensación de control debido a revisiones más espaciadas; todo ello lleva a la persona a situarse entre “el antes” y el “después” de la enfermedad (17).

Así mismo, la detección precoz de las segundas neoplasias constituye uno de los ejes vertebradores en el cuidado al paciente superviviente, dado que una de cada seis personas con historia de cáncer estaría en riesgo de sufrir un nuevo tumor. Estos tumores son de origen multicausal, puesto que pueden surgir como consecuencia de los tratamientos, la inmunosupresión... o a través de factores ambientales y genéticos (23).

A lo largo del período de supervivencia, es posible que la persona se vea enfrentada a una pérdida física o funcional (problemas cardíacos, osteomusculares, cognitivos, deterioro de la función cognitiva...); generalmente, estas complicaciones dependen tanto del tipo de cáncer como de la modalidad terapéutica (28).

Relacionado con el aspecto anterior, cabe considerar que “no sólo se pierde el órgano y su función correspondiente, sino que también la función simbólica que representa y a la que está íntimamente unida” (27). En cualquier caso, con respecto a tumores como el de mama, que representa hasta un 30% de las alteraciones perceptivas, el empleo de cirugías conservadoras ha resultado en menores niveles de angustia durante la etapa de supervivencia a largo plazo (26).

Tanto la astenia como la disfunción sexual se presentan como principales repercusiones de los tratamientos oncológicos. Así mismo, la alteración de la capacidad reproductiva se encuentra entre las alteraciones más frecuentes del cáncer a largo plazo, relacionándose principalmente con tipos de tumores como el de mama, cérvix, testículo... A esto se debe agregar que, en muchas ocasiones, estas disfunciones son de carácter permanente y la calidad de vida de la persona puede verse afectada desde la esfera laboral hasta la familiar y social (23).

Pese a que el entorno social se caracteriza, en general, por ser una fuente de apoyo elemental a lo largo del proceso de readaptación, en ocasiones actúa como factor estresante. Relacionado con este aspecto, el sentimiento de culpa aparece de forma asidua entre los supervivientes, condicionado en gran parte por haber entorpecido la dinámica familiar debido a la condición de enfermedad. No sólo eso, sino que la consideración del riesgo atribuido al factor hereditario agudiza, más si cabe, esta sensación (29).

Es preciso destacar que, tras el tratamiento, la mayor parte de los supervivientes se reincorpora al trabajo. La reincorporación al mundo laboral constituye una importante fuente de reconocimiento personal y social, permitiendo a la persona superviviente potenciar la autoestima en un contexto de independencia económica (23).

Aunque la vuelta al trabajo puede verse interferida a partir de las secuelas psicológicas del cáncer, no existe una evidencia sólida que justifique este origen en la etapa de larga supervivencia, puesto que la presencia de alteraciones psicológicas disminuye al año del diagnóstico (30). Así, los supervivientes señalan las secuelas físicas como fuente de deterioro de sus habilidades en el marco laboral (31); es más, los datos muestran que 1 de cada 5 personas que se reincorporan sufre limitaciones relacionadas con la habilidad de trabajo al año o a los 5 años (25). Es un dato a tener en cuenta que gran parte de esta población refiere haberse sentido discriminada en el ámbito laboral debido al cáncer, lo que agrava el impacto de dicha enfermedad (17).

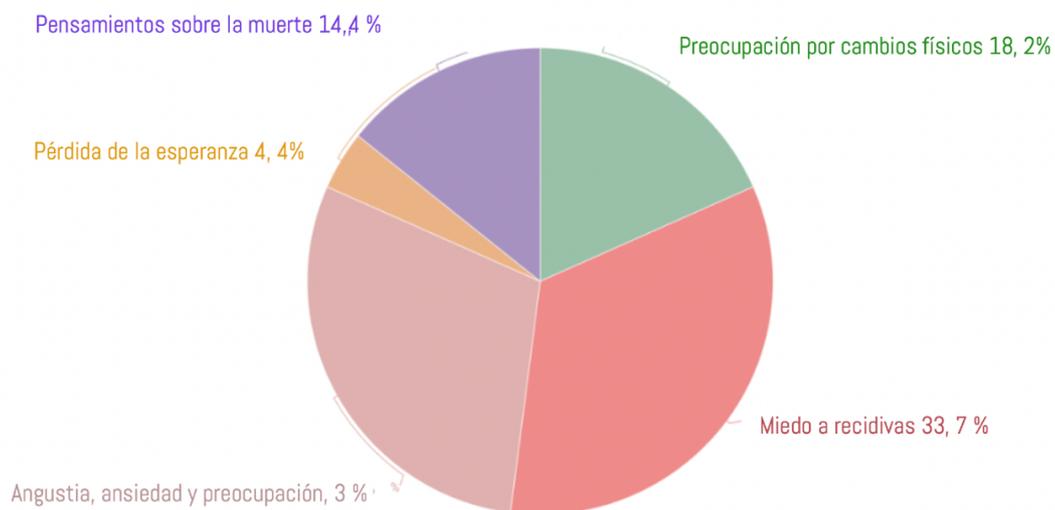


Figura 3. Impacto psicológico del superviviente de cáncer (31).

Fuente: Elaboración propia a partir de Grupo Español de Pacientes con cáncer (GEPAC). Informe encuesta sobre el cáncer en España [Internet]; 2019 [citado 26 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://observatorio.aecc.es>

### 1.3 Psicooncología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) extiende la definición de salud más allá de la simple ausencia de enfermedad e insiste en la importancia del bienestar psicológico, entendiendo a la persona y la enfermedad desde un enfoque integral (32).

El cáncer es una experiencia vital que no solo genera un impacto físico, sino que trasciende a niveles emocionales (tanto a nivel individual como familiar). Ante el diagnóstico, la persona se enfrenta a un proceso adaptativo condicionado por la noción de pérdida de salud y todo lo que ello lleva asociado (cambio de roles, reajustes laborales y sociales, pérdida de control...) (15).

La psicooncología surge a partir de la segunda mitad del siglo XX en Estados Unidos, con el propósito claro de dar respuesta a la dimensión emocional del cáncer. Años atrás, el diagnóstico de cáncer únicamente era informado a la familia, pues se creía que de conocerlo, el paciente perdería la determinación y la esperanza ante la enfermedad. Frente a una realidad dominada por el estigma social de la enfermedad y por un rechazo generalizado hacia las enfermedades mentales y los problemas psicológicos, Elisabeth Kùbler Ross consideró en 1960 la importancia de hablar sobre el diagnóstico y su impacto (15).

A nivel nacional, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud reconoce entre sus siete líneas estratégicas la necesidad de abordar la enfermedad oncológica desde una perspectiva que contemple la atención psicológica y social al paciente y su entorno (33).

Recientemente se ha llevado a cabo en nuestro país una investigación en relación a las necesidades no clínicas de los pacientes con cáncer, así como de sus familiares. A través de los resultados obtenidos, este estudio revela que únicamente el 21,3% de los oncólogos médicos y el 31,4% del personal enfermero incluye la atención psicológica en su labor diaria (34).

A día de hoy se conoce que el malestar psicológico generado por el impacto del diagnóstico de cáncer puede persistir hasta la fase de supervivencia. Los avances en el ámbito oncológico plantean una realidad que involucra cada vez a un número mayor de personas a través de un continuo proceso adaptativo.

Con el fin de atender las necesidades del colectivo superviviente, la *Sociedad Española de Oncología Médica* (SEOM) plantea en 2013 el “Plan Integral de Atención a Largos Supervivientes

de Cáncer”. En la labor de favorecer la calidad de vida de este grupo poblacional, señala en dicho plan la necesidad de abordar sus principales demandas físicas, psicológicas y sociales (26). Pese a ello, lo cierto es que la evidencia confirma una falta de cobertura en cuanto a las necesidades de los pacientes en fase de postratamiento: entre los supervivientes, el 80% confiesa al menos una necesidad no cubierta en este período; concretamente, el miedo a la recaída y los sentimientos de angustia, ansiedad y preocupación por el futuro demuestran ser escasamente atendidos (35).

La presencia de alteraciones psicológicas asociadas a la época de supervivencia no ha sido estudiada de forma tan amplia como aquellas que suceden a lo largo de la etapa diagnóstica inicial y terapéutica. Por ejemplo, aunque ciertos estudios sugieren que la probabilidad de padecer depresión en el periodo posterior al diagnóstico es dos veces mayor que en la población sana, tras el transcurso de los dos años libres de enfermedad, se observa una tendencia similar a la población general en relación a la ocurrencia de este desorden. Mientras que las tasas de depresión disminuyen con el tiempo, el riesgo asociado a la ansiedad tiende a persistir hasta un período de diez años o más. A la vista de este dato, puede afirmarse un mayor riesgo de ansiedad a largo plazo, convirtiéndose en el principal problema psicológico de esta etapa; en este sentido, es menester mencionar que se observa una mejor adaptación psicológica a medida que el proceso evoluciona sin complicaciones (36).

Atendiendo al cáncer como una experiencia familiar, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud alude a la necesidad de extender los cuidados al entorno del paciente (26). En relación con este aspecto, cabe considerar que generalmente el impacto psicológico de la enfermedad también persiste en los cuidadores tras el cese de los tratamientos. Incluso en el período libre de enfermedad, alrededor del 40% de los cuidadores principales experimenta ansiedad (36); predomina en ellos el temor ante la posibilidad de recidivas, así como la dificultad de gestionar sus emociones mientras que se dedican al cuidado del paciente (37).

La psicooncología, por lo tanto, nace de las necesidades anteriores y tiene como fin garantizar

un espacio que atienda las respuestas emocionales del paciente con cáncer a lo largo de todos los estadios de la enfermedad (15).

El origen de la atención psicológica al paciente con cáncer se centra en la enfermería y a día de hoy, su labor continúa siendo sustancial, ya que permanece en contacto directo con las preocupaciones de la persona y su entorno (15).

#### **1.4 Hacia una nueva conceptualización de la salud**

En el año 1947, la definición de la OMS en torno al término de salud como condición que no sólo trata de ausencia de enfermedad marca la transición hacia un modelo salutogénico. Esta consideración deja atrás el modelo médico tradicional que, basado en el origen y la prevención de la psicopatología, ignora las capacidades del ser humano. Cabe mencionar que esta nueva visión de la concepción humana no trata de rechazar el modelo anterior, sino que pretende integrarlo en el nuevo enfoque para conseguir una mejora en la salud y el bienestar, tanto a nivel individual como colectivo (38).

##### *1.4.1 Psicología positiva*

Tradicionalmente la psicología ha fundamentado sus estudios en las debilidades, descuidando el desarrollo de las potencialidades y fortalezas inherentes a la condición humana (39).

Se entiende que, desde la Segunda Guerra Mundial, el objeto de estudio de la psicología ha sido la psicopatología y su tratamiento; este hecho llevó a relacionar durante años la salud mental con la mera ausencia de enfermedad, creyéndose que las intervenciones centradas en la reparación del daño conducirán a resultados beneficiosos (39).

A pesar de que históricamente figuras como Aristóteles o Epicuro ya se dedicaran al análisis del bienestar y la felicidad a través de sus teorías, Maslow y Rogers se caracterizan por ser la máxima representación de la corriente humanista, pionera en el marco de la psicología positiva. A partir de sus aportaciones, quedan atrás los enfoques psicoanalistas y deterministas, y empiezan a construirse modelos más apreciativos que conciben la maximización de las capacidades humanas (38).

La década de los 80 en el siglo XX destacó por la introducción de conceptos que subyacen a la psicología positiva: la inteligencia emocional, el optimismo, la creatividad, el bienestar psíquico, la resiliencia... (38).

Con objeto de reconceptualizar el concepto de salud, Martin Seligman, el que fuera presidente de la *American Psychological Association* (APA) comienza a interesarse en 1998 por una psicología que aborda la enfermedad desde la promoción, y no sólo desde un ámbito puramente preventivo. Así, la publicación de sus primeros estudios se considera uno de los hitos en el inicio de una realidad que aboga por la psicología positiva, pues reconoce que “el tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, también alimentar lo mejor de nosotros” (39).

Actualmente, la psicología positiva es considerada una rama de la psicología que intenta fundamentar sus hallazgos en sólida evidencia científica y se dedica a estudiar los procesos relacionados con el desarrollo de las cualidades y emociones positivas del ser humano. Se aleja de modelos deficitarios, basados en la patología y el daño, para ofrecer una perspectiva positiva del funcionamiento humano (38).

Aunque bien es cierto que esta corriente se ha dedicado al análisis de las variables positivas en diferentes enfermedades crónicas, en el marco del cáncer, se ha interesado por aspectos como el bienestar, la inteligencia emocional, la autoestima o el optimismo, enfatizando en la resiliencia como un elemento clave de la salud. (40).

En relación a la aplicación práctica de esta disciplina, desde la creación de la Asociación Internacional de la Psicología Positiva (IPPA) en 2007, se instruye a la comunidad profesional sobre la necesidad de orientar sus intervenciones hacia este ámbito (38).

#### *1.4.2 Resiliencia*

A pesar de que el proceso oncológico va a menudo ligado a niveles significativos de malestar emocional, la evidencia de los últimos años respalda que el cáncer constituye una oportunidad para el cambio positivo; un estímulo hacia el crecimiento personal (41).

La resiliencia nace bajo el cambio de percepción humana que propone la psicología positiva; así, surge para dar respuesta a un contexto en el se asumen respuestas preconcebidas en relación a cómo el individuo se enfrenta a sucesos adversos. En contraposición a todo tipo de determinismos, se demuestra la capacidad natural del ser humano de afrontar positivamente situaciones difíciles y de resurgir fortalecido de ellas (42).

El término resiliencia surge del verbo “resilio” en latín, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Su origen se centra en la física, donde se relaciona con la capacidad de los metales de resistir a un impacto y recuperar su estructura original. Posteriormente, Michael Rutter incorpora este concepto al ámbito de las ciencias sociales, atribuyéndole el significado actual (44).

De forma general, se distinguen dos etapas en el estudio de la resiliencia. Las primeras investigaciones centraron su interés en poblaciones infantiles inmersas en ambientes desfavorecidos y condenadas por ello a un destino infeliz. Los estudios revelaron que lejos de desarrollar patologías, un número significativo de niños lograba una vida exitosa. Este hecho llevó a considerar la existencia de personas invulnerables con cualidades resilientes innatas que permitían un ajuste positivo ante la adversidad (44).

El interés de la segunda generación de estudios trasciende a niveles más amplios que la esfera individual, considerando la influencia de los factores externos. Así, la resiliencia empieza a entenderse como un proceso dinámico caracterizado por la interacción de la persona con el entorno (44).

Si bien el término “resiliencia” acoge múltiples y variadas definiciones, todas coinciden en que se trata de un fenómeno que potencia la capacidad humana de adaptarse positivamente ante la amenaza de la desdicha. Se extiende más allá de un proceso adaptativo, pues conduce a la metamorfosis de la persona (43,44).

De acuerdo a la *Real Academia Española* (RAE), la resiliencia se entiende como “la capacidad de adaptación de un ser vivo a un agente perturbador o una situación adversa” (45). En la misma línea, conceptos como “invulnerabilidad” o “actitud resistente” ignoran la resiliencia entendida como un proceso de reconstrucción de la persona y reducen el término a una cualidad innata que impide su potenciación y desarrollo (44).

Sin embargo, otros autores como Michael Rutter y Luthar se muestran contrarios a esta idea, defendiendo la necesidad de concebir este término como un proceso y no como una habilidad natural de la persona; acorde a lo planteado por estos autores, para el presente trabajo, se rescata la concepción de la resiliencia como la interacción dinámica de factores (protectores y de riesgo) entre el individuo y el medio en el que éste se desenvuelve. Dicha definición se enmarca dentro de una realidad que entiende a la persona desde una dimensión biopsicosocial y no alude a un estado permanente ni absoluto; por ende, el proceso resiliente varía según las circunstancias vitales y puede promoverse a lo largo de todo el ciclo vital (44).

Los niveles que componen el nuevo contexto de enfermedad pueden ser fuentes protectoras o de riesgo para la persona. Los factores protectores o resilientes son aquellos que se presentan como amortiguadores ante las situaciones adversas o difíciles; en cambio, los factores de riesgo obstaculizan el desarrollo individual y dificultan, por lo tanto, un afrontamiento resiliente (43).

Todos los autores que apoyan la dinamicidad del proceso de resiliencia se adhieren a una de las teorías más recientes del desarrollo humano, denominada “teoría ecológica de Bronfenbrenner”. Este modelo se apoya en el supuesto de que en un mismo ambiente ecológico existen cuatro sistemas interdependientes (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) que estando en continua interacción, posibilitan el constructo de la resiliencia (46).

El proceso oncológico supone la transición hacia una nueva realidad y es lo que Bronfenbrenner explica a través del concepto “transición ecológica”; ésta sucede cuando debido a modificaciones en el rol o en el entorno, la posición de una persona en el ambiente ecológico oscila. Aunque en esta fase transicional la persona se enfrenta a un contexto dominado por nuevas redes, actividades y roles, surge una oportunidad de cambio para su desarrollo (43).

En primer lugar, el microsistema hace referencia al conjunto de comportamientos y relaciones que engloban al contexto más cercano y habitual de la persona (la familia, los amigos, el trabajo...); cabe mencionar que, en el paciente con cáncer, este sistema se extiende a variables como: el hospital, la relación con otros pacientes, las asociaciones... que condicionarán en gran parte su adaptación a la enfermedad. El mesosistema se define como la interrelación entre los contextos en los que el individuo participa, es decir, la suma de los microsistemas. Al mismo tiempo, los microsistemas en torno al paciente también se incluyen dentro de otros microsistemas (exosistema); aunque éstos no afectan de manera directa a la persona, sí que guardan una estrecha relación con el contexto que los involucra. Sería un ejemplo de este último nivel las facilidades y obstáculos por parte de los entornos laborales de los familiares, en caso de necesitar ausentarse para permanecer cerca del enfermo. Por último, el macrosistema tiene en cuenta todos los factores en relación la cultura y la ideología en las que el individuo nace, y posee la facultad de influir sobre los sistemas anteriores (43).

En suma, la teoría ecológica de Bronfenbrenner posibilita una mejor comprensión de la resiliencia como proceso, enfatizando en la convergencia entre los atributos del individuo y los sistemas en los éste se desenvuelve (43).

A nivel profesional, la resiliencia nos invita a reconocer y potenciar las fortalezas individuales (46); se trata no solo del estudio del déficit y los recursos para compensarlo, sino también de buscar las oportunidades y las soluciones que permitan nutrir las cualidades internas, para así llegar al máximo potencial humano a pesar del daño (43).

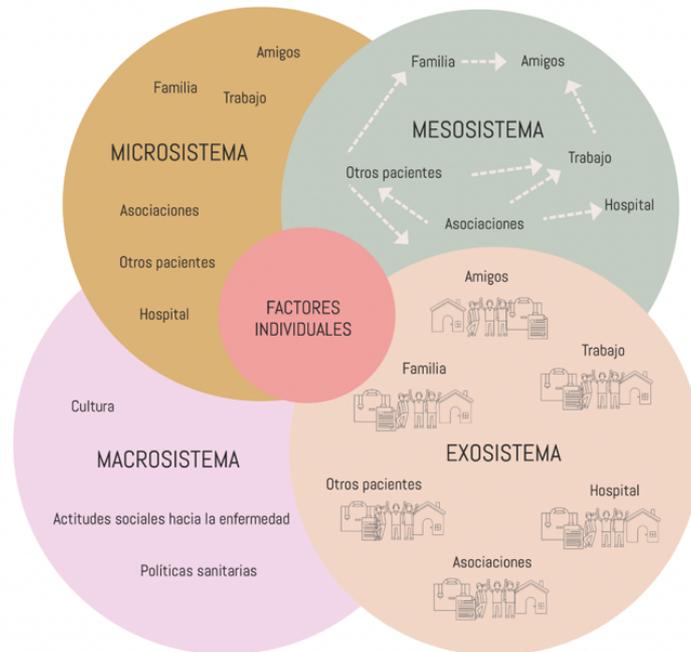


Figura 4. Modelo ecológico transaccional de Bronfenbrenner adaptado al proceso oncológico (46)

*Fuente: Elaboración propia a partir de Torrico Linares E., Santín Vilariño C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet S., López M.J. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. An. Psicol. [Internet]. 2002 [citado 2 de enero de 2021]; 18(1): 45-59. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718103.pdf>*

Es necesario comprender que ante acontecimientos difíciles, la resiliencia en ningún caso desestima el sufrimiento del sujeto; en efecto, numerosos estudios han señalado que las emociones positivas se dan en presencia de las negativas. Frente a hechos perturbadores, lo que caracteriza a la persona resiliente es que la presencia de estas emociones no interrumpe ni su funcionamiento ni el desarrollo de emociones positivas (42).

En lo que al cáncer respecta, la experiencia oncológica ha sido históricamente concebida como traumática. No obstante, la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos

Mentales de la *Asociación Americana de Psiquiatría* (DSM-5) pone de manifiesto que se trata de una enfermedad no catastrófica que amenaza la vida de la persona (41). Por lo tanto, en vez de hallar en el cáncer una herida traumática, cabe considerarlo como un proceso estresante y adaptativo que condiciona la ruptura de la vida cotidiana.

En este contexto, se ha evidenciado la resiliencia como un proceso común entre personas que, ante la amenaza que supone la vivencia de la enfermedad oncológica, experimentan cambios positivos, siguiendo un curso estable en relación a su funcionamiento habitual (47).

En el paciente oncológico, la resiliencia se entiende como un proceso de interacción persona-ambiente en continuo desarrollo, facilitado tanto por recursos individuales (optimismo, espiritualidad, esperanza, sentido de coherencia, emociones positivas, autoestima, sentido del humor....) como por ambientales (sistemas de apoyo social, sentimientos de conexión con el entorno y factores comunitarios) (47).

#### *1.4.3 Enfermería y Resiliencia*

Ante un nuevo escenario sanitario que llama al cuidado del superviviente de cáncer, enfermería aparece como figura indispensable en la labor de prestar una atención de calidad, centrada en el paciente y su entorno. Entre sus competencias, destacan el desarrollo de planes de supervivencia, la prevención y promoción de la salud y la continuidad en la atención a este grupo poblacional creciente (48).

En lo que a la disciplina enfermera respecta, el interés por la resiliencia se remonta a la década de los 80; teniendo en cuenta que la mayor parte de los estudios fundamentó sus resultados en la población infantil, la evidencia actual en relación a la población superviviente adulta es limitada (47). Sin embargo, desde 2008, la incorporación de tres diagnósticos enfermeros asociados a la resiliencia señala a enfermería como principal figura en el fomento de respuestas

resilientes. Por un lado, a partir de los diagnósticos “riesgo de deterioro de la resiliencia” y “deterioro de la resiliencia”, la enfermera es capaz de identificar las dificultades en relación al mantenimiento del patrón resiliente. No solo eso, sino que poseerá las habilidades suficientes para reconocer el interés de la persona, a través del diagnóstico “disposición para mejorar la resiliencia” (49).

Según Grotberg, las actitudes resilientes derivan de cuatro fuentes interactivas, presentes en las manifestaciones verbales de la persona: “yo soy y estoy” (fortaleza interna y disposición) , “yo puedo” (habilidades) y “yo tengo” (apoyo social) . Basándose en este modelo y tal y como determina la nueva disciplina psicológica, la enfermera identifica los recursos ambientales y refuerza las redes de apoyo. No sólo eso, sino que se acerca a las fortalezas internas para favorecer una mayor creencia del individuo acerca de sus habilidades. Todo ello a través de intervenciones basadas en modelos apreciativos que, lejos de percibir a la persona como víctima ante la adversidad, la consideran activa en el proceso de construcción vital (50).

Reconociendo la dinamicidad del proceso resiliente, se demuestra la capacidad profesional enfermera de reforzarlo, interviniendo en los múltiples factores que lo conforman; esto es posible gracias a su carácter modificable (50).

En definitiva, tras el impacto diagnóstico y las secuelas derivadas del tratamiento, las intervenciones enfermeras surgen como una fuente alentadora hacia una experiencia de crecimiento personal (45).

Debe tenerse en cuenta que dado el origen multifactorial de la resiliencia, constituye un proceso de carácter individual, variable según las circunstancias y el contexto cultural. Aunque la capacidad de generar respuestas saludables ante la adversidad es universal, no todas las personas experimentan este proceso de cambio; esta idea lleva a comprender que la resiliencia no es el único camino aplicable a toda persona, pues es un fenómeno resultante de características y contextos particulares (44).

#### 1.4.4 *Calidad de vida*

La OMS describe la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, [...] ”. El modelo de calidad de vida ajustado al paciente superviviente de cáncer comprende a la persona como un ser biopsicosocial que valora su bienestar en relación a diferentes dimensiones: física, psicológica, social y espiritual (25). A continuación se comentan algunos elementos contenidos en estas dimensiones:

- **Astenia**

La calidad de vida, entendida desde una perspectiva física, se refiere al conjunto de síntomas y alteraciones que limitan el funcionamiento usual del superviviente. Aquí, la astenia se caracteriza por ser uno de los síntomas de mayor impacto en el bienestar físico de la persona, dado que, en este caso, ni siquiera consigue aliviarse con el descanso. Es preciso destacar que entre el 17-30% de los pacientes refiere haber experimentado esta sensación angustiosa una vez finalizados los tratamientos, así como un consiguiente deterioro de la capacidad no sólo física, también psicológica y social (12, 23).

- **Alteración de la sexualidad y la capacidad reproductiva**

Teniendo en cuenta que alrededor del 10% de los diagnósticos de cáncer se da en el período de edad fértil (51), es relevante mencionar que la alteración de la capacidad reproductiva a causa de los tratamientos puede originar problemas de infertilidad. Es en 2006 cuando por primera vez se reconoce la necesidad de comunicar acerca de este riesgo en el momento del diagnóstico, junto con el deber de ofrecer una información de calidad en cuanto a las alternativas asociadas a la preservación de la capacidad reproductora (23).

En el proceso de atención oncológico, el ámbito de la sexualidad tiende a descuidarse; sin

embargo, la disfunción sexual constituye uno de los efectos más característicos a largo plazo, teniendo en cuenta que habitualmente origina la pérdida de deseo sexual. De hecho, la sexualidad es una gran fuente de preocupación que en ocasiones se limita por miedo a posibles recaídas. Puede decirse, por consiguiente, que la promoción de la calidad de vida también debe abordarse desde este ámbito (23, 52).

- Secuelas psicológicas y sociales

La noción subjetiva de bienestar emocional va ligada al manejo de las secuelas psicológicas de la enfermedad; a destacar el posible deterioro de la función cognitiva, que repercutirá notablemente en dicha percepción. El grado de bienestar social, por su parte, se relaciona con el grado en el que el cáncer afecta a las relaciones con el entorno.

Atendiendo a la dimensión espiritual, ésta dependerá del significado otorgado a la experiencia (bien desde la fé o bien a través de fuentes que al margen de organizaciones específicas, dan sentido a la propia existencia) (12).

En base a todo lo anterior, se conoce que la etapa posterior a la finalización de los tratamientos interfiere significativamente en la calidad de vida del superviviente (12,18). De forma global, los supervivientes refieren una disminución de su calidad de vida a lo largo de este período de transición; mientras que uno de cada cuatro supervivientes lo vincula a problemas físicos, uno de cada diez señala a las alteraciones emocionales como principal obstáculo en su bienestar integral (12).

En este sentido, la resiliencia se relaciona en gran medida con una mejora en la calidad de vida de la persona, determinada por un aumento del bienestar psicológico, físico y social. De ahí que pueda afirmarse su carácter predictor respecto a la calidad de vida (47).

En vista de que la Estrategia Nacional de Cáncer incorpora la calidad de vida entre sus líneas estratégicas (33), la enfermería debe centrar sus prácticas en modelos más apreciativos que basados en la promoción de la resiliencia, enfoquen su acción hacia el bienestar general de este amplio grupo poblacional y su entorno.

Se puede citar el modelo de Dorothy Johnson como referente en los cuidados enfermeros asociados a la resiliencia. Desde esta teoría, la persona se concibe como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas relacionados entre sí; este sistema está influenciado por la enfermedad y los estresores que interfieren en la capacidad de adaptación. Siguiendo las directrices de Johnson, enfermería debe atender las necesidades básicas de los diferentes subsistemas, para así facilitar el proceso de recuperación y obtener una mejora en la calidad de vida. Su objetivo debe orientarse hacia la recuperación y el mantenimiento del equilibrio en relación a los desajustes vitales, para así lograr un funcionamiento óptimo que permita el enriquecimiento y fortalecimiento del individuo (53).

A través de este modelo de atención enfermero, se reivindica la necesidad de emplear nuevas estrategias de intervención dirigidas no tanto a la enfermedad, sino al comportamiento de la persona, mediante la movilización tanto de recursos personales como ambientales. Dado que los subsistemas son interdependientes, la enfermera promoverá la resiliencia teniendo en cuenta la integridad de la persona; esto quiere decir que las intervenciones deberán relacionar todos los subecosistemas que completan al sujeto (53).

Con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, la enfermería debería adoptar nuevas estrategias de intervención dirigidas no tanto a la sintomatología, sino hacia la movilización de aquellos recursos personales y ambientales que conducen al desarrollo resiliente. En definitiva, es competencia de la disciplina enfermera supervisar un funcionamiento conductual eficaz no sólo a lo largo de todo el proceso de enfermedad, sino que también de forma posterior (53).

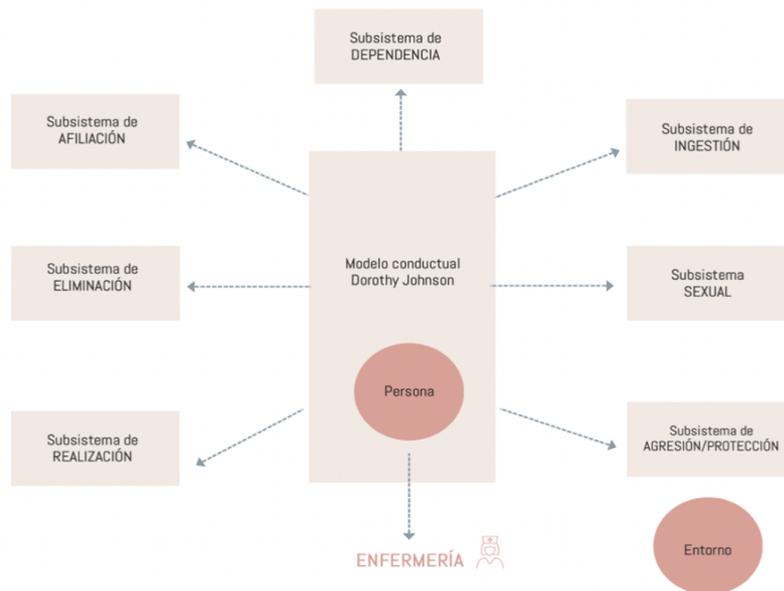


Figura 5. Modelo enfermero del sistema conductual propuesto por Dorothy Johnson (53).

Fuente: Elaboración propia a partir de Cortés Recaball J.E. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Cienc. Enferm.* 2010; 16(3): 27-32. Doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300004>

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 2.1 Objetivo general

Identificar el proceso de resiliencia alrededor de la etapa de supervivencia extendida y a largo plazo en el cáncer.

### 3.2 Objetivos específicos

- Detectar el proceso resiliente entre los supervivientes de cáncer y entender los factores que contribuyen a su desarrollo.
- Estudiar la relación de conductas resilientes con la mejora de la calidad de vida.

### 2.3. Pregunta de investigación

Con el fin de establecer un punto de partida se plantea la siguiente pregunta clínica en base a la estrategia PICO:

¿Permite la resiliencia el crecimiento y fortalecimiento del superviviente oncológico?

De ser así, ¿cómo influye en su calidad de vida?

Tabla 1. Estrategia PICO

P (paciente)	Pacientes en la fase de supervivencia extendida y a largo plazo
I (intervención)	Resiliencia
C (comparación)	No pertinente, dado que no se va a llevar a cabo ninguna comparación
O (resultado)	Calidad de vida

Fuente: *Elaboración propia*

### 3. METODOLOGÍA

Es preciso recordar que la presente investigación nace del interés por evaluar el desarrollo de la resiliencia en el largo superviviente de cáncer, entendiendo el inicio de esta fase a partir de los 5 años libres de enfermedad. Dicho interés surge bajo la hipótesis de que la supervivencia posibilitaría la recogida de una visión más global del proceso, tras el desafío del diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayor parte de los estudios se adhiere a definiciones que conciben el período de supervivencia desde el momento diagnóstico, se decide acotar el proceso de búsqueda al período de supervivencia extendida y a largo plazo. Dicho de otro modo, el grupo diana con el que se trabaja incluye principalmente a todo paciente

oncológico que o bien ha finalizado la fase de tratamiento activo y no presenta riesgo de recidiva o bien se encuentra a los cinco años del diagnóstico.

Se establecen dichos límites por una mayor aproximación al concepto de “largo superviviente de cáncer” propuesto por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), definición que suscita la motivación principal para emprender la presente revisión. De este modo, se logra un mejor ajuste de los objetivos planteados a la evidencia expuesta.

### **3.1 Diseño**

El diseño que se plantea para este trabajo es un diseño ex post-facto de tipo retrospectivo. Con el objeto de lograr la máxima validez posible y obtener un enfoque holístico del proceso resiliente, el presente estudio trata de combinar la investigación cuantitativa y cualitativa.

### **3.2 Revisión bibliográfica**

Para responder a la pregunta previamente planteada, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de la evidencia científica disponible en relación a la resiliencia y a su impacto en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer.

En primer lugar, se consultaron bases de datos como Dialnet (propia de la Universidad de la Rioja), Scielo y Pubmed, a partir de las palabras clave “cáncer”, “supervivientes”, “resiliencia psicológica” y “psicología positiva”. Como resultado de dicha búsqueda y de las fuentes extraídas a partir de los estudios seleccionados, se obtuvieron artículos que resultaron ser de utilidad para la elaboración del marco teórico.

Con el fin de establecer el marco epidemiológico del tema a abordar, se examinaron páginas web

como GLOBOCAN (The Global Cancer Observatory), REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer) y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Así mismo, se han revisado fuentes documentales de organizaciones e instituciones de referencia tanto a nivel nacional como internacional para la introducción y contextualización:

- *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)*
- *Asociación Española contra el Cáncer (AECC)*
- *Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)*
- *Organización Mundial de la Salud (OMS)*
- *National Cancer Institute (NCI)*
- *Journal of Cancer Survivorship*
- *American Society of Clinical Oncology (ASCO)*
- *American Cancer Society (ACS)*

Es preciso señalar que para el desarrollo del trabajo, se ha establecido como referencia el “Plan Integral de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer” de la SEOM, pues actualmente representa un modelo guía en la atención a las necesidades de este grupo poblacional.

Otra forma de aproximarse al tema de investigación ha sido la lectura detenida de las obras “La resiliencia. Crecer desde la adversidad” y “Personalidad resiliente”.

En segundo lugar, para dar respuesta a los objetivos propuestos, se realizó un estudio bibliográfico más detallado y selectivo en las siguientes bases de datos, pertenecientes al ámbito de ciencias de la salud: Dialnet, Scielo, Pubmed, Psycinfo, Cinahl y Cuiden.

Para determinar las palabras clave a utilizar en dicha búsqueda, se combinó el lenguaje controlado a través de los tesauros MeSH (Medical Subject Headlines) con la terminología libre adaptada al

objeto de estudio. Para ello, se introdujeron las palabras clave principales del trabajo en la base de datos MeSH de Pubmed y se obtuvieron sus descriptores correspondientes (ver Tabla 2).

Tabla 2. Tesoros MeSH obtenidos a partir del lenguaje libre

Lenguaje libre	Lenguaje controlado
Cáncer	Neoplasms
Superviviente de cáncer	Cancer survivors
Resiliencia	Resilience, Psychological
Psicología positiva	Psychology, Positive
Calidad de vida	Quality of life
Enfermería oncológica	Oncology nursing
Salud mental	Mental health

*Fuente: Elaboración propia*

Con la intención de evitar el ruido y el silencio documental, la búsqueda sistemática se realizó utilizando combinaciones de los descriptores a través de los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Por no resultar de interés para nuestro trabajo, se excluyeron tanto los estudios que abordan el concepto de “crecimiento postraumático” como los que enfocan el estudio del proceso resiliente hacia la población infantil; para ello se hizo uso del operador “NOT” en determinadas ecuaciones de búsqueda. A fin de obtener variantes de un mismo término, se utilizó el comodín de truncamiento en varias ocasiones: superviv\*, resilien\*, pediater\*...

De este modo, los criterios de inclusión y exclusión quedaron determinados tal y como se refleja en la Tabla 3:

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<p>-Artículos originales con acceso a texto completo y documentos oficiales.</p> <p>-Artículos en inglés y/o español.</p> <p>-Artículos publicados en los últimos 10 años. Se amplía el rango temporal en ciertas estrategias de búsqueda, a fin de llegar a un mayor número de documentos en relación al tema objeto de estudio.</p> <p>-Artículos centrados en la población oncológica adulta (a partir de los 18 años de edad).</p> <p>-Artículos dirigidos a pacientes con cáncer a los 5 años del diagnóstico o tras la finalización del tratamiento activo, con indiferencia en cuanto a la tipología de cáncer y modalidad de tratamiento recibido.</p>	<p>-Artículos originales sin posibilidad de acceso a texto completo.</p> <p>-Artículos en idiomas distintos a inglés y español.</p> <p>-Artículos que incluyen a pacientes de cáncer con evidencia de enfermedad y/o en fase de recurrencia.</p> <p>-Artículos centrados en la población oncológica infantil/adolescente.</p> <p>-Artículos relacionados con el concepto de “crecimiento postraumático”.</p>

Fuente: *Elaboración propia*

### 3.2.1 Búsqueda y selección de artículos

A lo largo de todo el proceso de búsqueda, se siguió el método de diagrama PRISMA, el cual consiste en la selección de los artículos en función del título y resumen y en la posterior lectura crítica de los artículos revisados, para así finalmente escoger los estudios de mayor interés.

Se anexa una tabla explicativa (Anexo 2) en base a las ecuaciones de búsqueda planteadas para las bases de datos.

Una vez consultadas las bases de datos seleccionadas, se aplicaron los criterios de inclusión determinados anteriormente. Tras atender a los criterios y límites de búsqueda propuestos, se

obtuvieron un total de 867 artículos. De estos 867 resultados, 10 corresponden a la base de datos Scielo, 94 a Pubmed, 671 a Psycinfo, 46 a Cinahl, 29 a Cuiden y 17 a Dialnet.

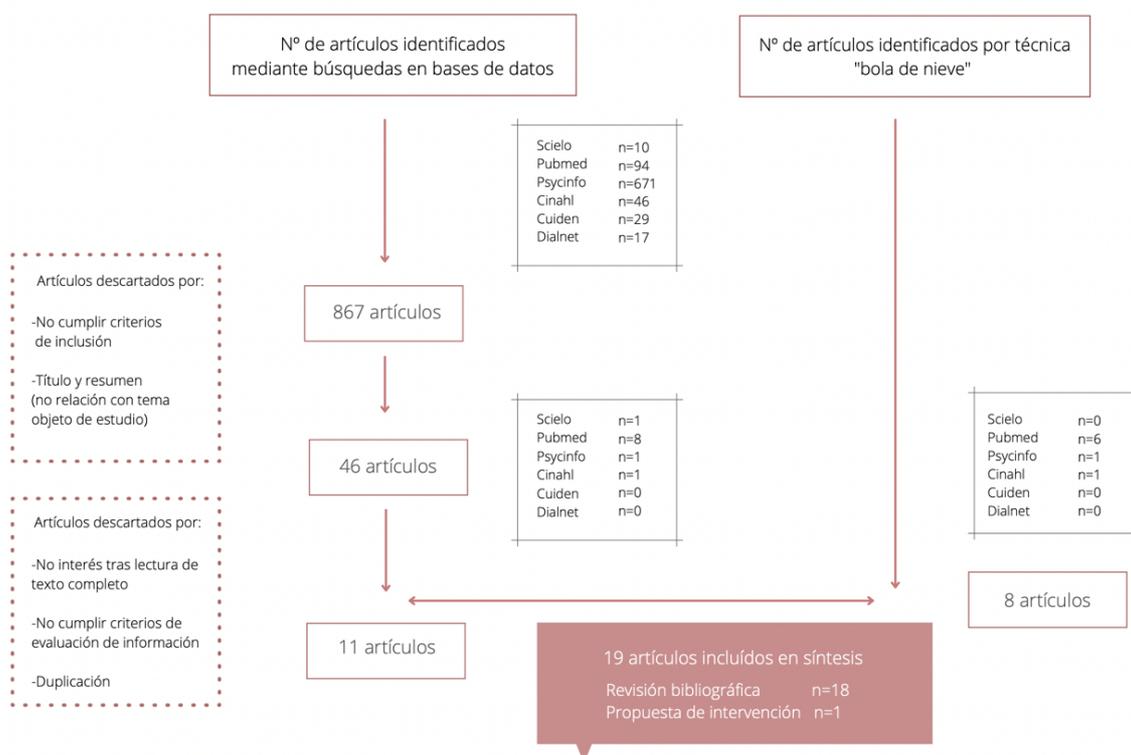
Luego de identificar los documentos a texto completo, se evaluaron en base a criterios que ayudaron a esclarecer su rigor científico:

- Presentación: los estudios seleccionados se apoyan en un contenido claro, organizado y estructurado. Además, se distinguen aspectos como el autor, fecha y lugar de publicación.
- Pertinencia: la bibliografía escogida es pertinente, dado que va en línea con los objetivos planteados y se centra en la población determinada para el estudio.
- Objetividad: la bibliografía seleccionada se basa en información objetiva, imparcial y equilibrada, alejándose de fines publicitarios. Sin embargo, en el caso de las investigaciones cualitativas, se extraen interpretaciones subjetivas.
- Procedencia: desde este punto de vista, las fuentes de los documentos seleccionados garantizan una sólida evidencia científica, ya que provienen de bases de datos y documentos oficiales. Además, en determinadas búsquedas, únicamente se incluyen aquellos estudios revisados y evaluados por expertos.
- Actualidad: generalmente, la estrategia de búsqueda se limita a diez años de antigüedad. No obstante, se amplían los límites temporales en documentos de relevancia para el desarrollo del trabajo.
- Confiabilidad: se considera que la totalidad de las escalas utilizadas cuenta con un nivel de alta fiabilidad, pues a través de coeficientes Alfa de Cronbach mayores de 0.7, los niveles de consistencia interna son válidos para cada muestra estudiada.

Finalmente, con el fin de dar respuesta a los objetivos preestablecidos para el desarrollo del trabajo y tras la lectura crítica de los documentos seleccionados, se obtuvieron 11 artículos científicos de forma directa. Considerando la escasez de resultados en relación a la población definida, se identificaron 8 artículos de forma indirecta, siguiendo la estrategia “bola de nieve”, a partir de las listas de referencia de artículos clave.

Así, las publicaciones científicas integradas en este estudio formaron un total de 19 artículos. De los artículos elegidos, 1 artículo pertenece a la base de datos de Scielo, 14 a Pubmed, 2 a Psycinfo y 2 a Cinahl. Con respecto a las bases de datos de Cuiden y Dialnet, se decidió no incluir ninguno de sus artículos, ya que ninguno de ellos resultó de utilidad para el abordaje de los objetivos propuestos.

A su vez, cabe destacar que entre el total de artículos seleccionados, uno de ellos sirvió de base para la elaboración de la propuesta de intervención. Por lo tanto, han sido 18 los artículos empleados para la revisión bibliográfica (ver Anexo 2).



*Fuente: Elaboración propia*

### **3.3 Metodología cualitativa**

En conjunto con los hallazgos bibliográficos, se identificó la necesidad de integrar una serie de entrevistas basadas en testimonios reales de supervivencia oncológica, de utilidad en la consecución de los fines planteados para el trabajo.

Durante el mes de marzo se llevaron a cabo cuatro entrevistas semiestructuradas, basadas en un guión preestablecido; se consideró este tipo de enfoque como alternativa a la información obtenida a través de los cuestionarios de resiliencia, para una mayor aproximación a las realidades particulares. Las entrevistas se realizaron personalmente, con una duración promedio de 15 minutos. El escenario escogido fue el domicilio de los entrevistados, con el fin de que pudieran sentirse más cómodos en su medio habitual.

Se aplicó una técnica aleatoria de muestreo de conveniencia, ya que los participantes fueron seleccionados intencionalmente por haber acontecido una experiencia vital desafiante como el cáncer. Además, con objeto de ajustar los resultados a los criterios delimitados para el estudio, la muestra escogida se compuso exclusivamente de individuos que habiendo finalizado la fase de los tratamientos, se encontraban en un marco de supervivencia de cáncer a largo plazo.

Así mismo, se elaboró un cuarto guión de preguntas para una enfermera perteneciente al campo de la onco-hematología, con la finalidad de plantear una visión complementaria en relación al proceso resiliente.

Se grabaron las entrevistas previo consentimiento a los informantes, para así facilitar el proceso de transcripción y análisis. Además, a fin de preservar el anonimato de los individuos implicados,

se sustituyó su identidad por las iniciales correspondientes. A continuación se muestran brevemente las características principales de cada participante (ver Tabla 4).

Tabla 4. Perfil de la muestra entrevistada

	Tipo de cáncer	Tiempo desde diagnóstico	Tipo de tratamiento
E.M.B	Cáncer de mama	5 años	Cirugía conservadora, quimioterapia y radioterapia
M.S.A	Cáncer de mama	4 años	Cirugía conservadora, linfadenectomía, quimioterapia y radioterapia
A.S.E	Cáncer de colon	5 años	Cirugía conservadora, quimioterapia y radioterapia
B.B.D Enfermera en el servicio onco-hematológico de uno de los hospitales de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca.			

*Fuente: Elaboración propia*

### 3.3.1 Consideraciones éticas

Con respecto a las implicaciones éticas del estudio, las entrevistas realizadas aseguran el cumplimiento de los principios fundamentales de la ética, avalados por el Informe Belmont (54):

- Principio de beneficencia: se garantiza el cumplimiento de este principio, ya que tras la aproximación al concepto de resiliencia a través del diálogo, se busca diseñar estrategias favorecedoras de un desarrollo resiliente, y por ende, optimizar los niveles de calidad de vida entre la población superviviente.
- Principio de autonomía: este derecho, otorgado a los entrevistados a través de la firma del

consentimiento informado (Anexo 3), certifica la libre y voluntaria participación en el estudio. Se proporciona para ello la información pertinente en relación al desarrollo del trabajo y sus fines.

- Principio de justicia: el presente proyecto se rige por el principio de justicia, pues se aleja de la discriminación de las percepciones y experiencias personales, para posibilitar un programa de mejora basado en la equidad del cuidado.

Del mismo modo, es preciso destacar que se ha tenido en consideración el principio de confidencialidad, conforme a lo dispuesto por la Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal.

#### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis crítico de los resultados, se evidencian dos grandes núcleos temáticos:

- El desarrollo resiliente y sus factores protectores en la fase de supervivencia extendida y a largo plazo.
- El impacto de la resiliencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Dada la heterogeneidad de los cuestionarios diseñados para la evaluación de la resiliencia, se estima oportuno hacer una breve recopilación de aquellos que se han incluido en la presente revisión:

- **Escala de resiliencia RS-25 (55):**

La *escala RS-25* de 25 ítems se organiza en 2 factores (competencia personal y aceptación de uno

mismo y de la vida), que evalúan 5 características propias de la resiliencia: ecuanimidad, perseverancia, autoconfianza, satisfacción personal y sentirse bien solo. Así, por medio de una escala Likert comprendida entre 1 (“en total desacuerdo”) y 7 (“totalmente de acuerdo”), se obtiene una puntuación que fluctúa entre 25 y 175. Los valores menores de 120 informarán de un grado bajo en resiliencia, mientras que aquellos mayores de 145 significarán un nivel de resiliencia elevado.

En el año 2009 se obtuvo la versión breve de este instrumento, integrado esta vez por 14 ítems (**escala de resiliencia RS-14**) (56). En un rango de puntaje que se extiende desde 14 hasta 98, el individuo expresa su grado de conformidad con las afirmaciones presentadas. Así, puntajes mayores corresponden a un mayor grado de resiliencia en ambas escalas. En este caso, frente a los resultados mayores de 82 (indicativos de un desarrollo altamente resiliente), los menores a 31 señalan un nivel de resiliencia disminuido.

- **Escala de resiliencia CD-RISC 25** (57):

El *cuestionario CD-RISC* comprende la resiliencia no tanto como una competencia inherente a la persona, sino como un estado potencialmente alterable. Consta de 25 ítems evaluados en base a lo experimentado por los participantes durante el último mes y mide el nivel de resiliencia en torno a las 5 dimensiones siguientes: competencia personal, tenacidad y autoeficacia, tolerancia al afecto negativo y el fortalecimiento ante los efectos del estrés, relaciones seguras y adaptación positiva del cambio, sentido de propósito y control en la vida y espiritualidad. Se apoya en 5 opciones de respuesta tipo Likert, donde 0 equivale a “en total desacuerdo” y 4 a “totalmente de acuerdo”. Sobre una puntuación máxima de 100, aquellos valores situados por debajo de 25 señalan un nivel de resiliencia disminuido; por el contrario, por encima de 75 emergen niveles de resiliencia elevados.

Más adelante se propone una **versión adaptada de la escala original CD-RISC** (58), que divide la resiliencia en 3 dimensiones: tenacidad, fortaleza y optimismo.

- **Escala de resiliencia SPP-25 (59):**

La *escala SPP-25* contempla el constructo de la resiliencia no sólo como la capacidad de recuperarse frente a acontecimientos vitales adversos, sino también como la habilidad para evocar emociones positivas. Además de evaluar el nivel de resiliencia general, la escala mide los siguientes factores: el optimismo y la capacidad de movilización en situaciones difíciles, la apertura a nuevas experiencias y el sentido del humor, la perseverancia y la determinación para la acción, las competencias personales para el afrontamiento y la tolerancia a las emociones negativas y la tolerancia al fracaso y la visión de la vida como un desafío. Se compone de 25 ítems agrupados en una escala de respuesta Likert del 0 (“en total desacuerdo”) al 4 (“totalmente de acuerdo”). Con respecto al resultado obtenido, puntuaciones mayores denotarán un grado alto de resiliencia, siendo el 100 el valor óptimo.

- **Escala de resiliencia PFRS (60):**

El instrumento de medida de la resiliencia PFRS se desarrolla en torno a 15 ítems organizados en 3 factores: recursos personales, amigos y familia. Éstos son evaluados a través de una escala tipo Likert, en la que 1 expresa el mínimo grado de conformidad (“en total desacuerdo”) y 7 el máximo (“totalmente de acuerdo”). Así, mayores puntuaciones en esta escala se asocian a una mayor percepción personal de disponibilidad de factores protectores.

Como complemento a las aclaraciones expuestas en la tabla, se anexan al final del trabajo los instrumentos de medida desarrollados al completo.

#### **4.1 Análisis bibliográfico**

##### *4.1.1 El desarrollo resiliente y sus factores protectores en la fase de supervivencia extendida y a largo plazo*

La finalización del tratamiento oncológico puede considerarse una fuente potencial de estrés que dificulta el proceso transicional hacia el período de supervivencia.

Se exponen a continuación una serie de estudios que analizan la tendencia psicosocial de la población oncológica tras el cese de los tratamientos, así como a lo largo de la etapa de supervivencia a largo plazo.

Existen investigaciones que muestran una salud mental desequilibrada a los cinco años del diagnóstico de cáncer colorrectal. En esta misma población, otros estudios observan la recaída del funcionamiento psicológico durante los 10 años posteriores al diagnóstico (61). Así mismo, un análisis transversal que compara la trayectoria emocional de los supervivientes de cáncer con un grupo sin historia previa de enfermedad evidencia niveles considerables de ansiedad y sintomatología depresiva en los 10 años que siguen al diagnóstico (62).

Si bien los datos anteriores reafirman la probabilidad de que las complicaciones permanezcan tras el fin de los tratamientos y a lo largo de la etapa de supervivencia a largo plazo, investigaciones recientes demuestran niveles de calidad de vida comparables a la población general a un promedio de 15 años desde el diagnóstico (61). Al respecto, estudios centrados en la población superviviente de cáncer de mama concluyen que los niveles de angustia psicológica y social son relativamente bajos a 6 años del diagnóstico y tratamiento (63).

#### - Resiliencia y cáncer

Un aspecto importante a considerar es que, a diferencia de los individuos que se recuperan naturalmente de un evento desestabilizador, las personas resilientes se enfrentan a la adversidad manteniendo un patrón de desarrollo estable. En relación a esta idea, un estudio centrado en el cáncer de mama define cuatro trayectorias de desenlace distintas, en función de los resultados psicológicos experimentados durante los primeros 8 meses postratamiento quirúrgico: angustia crónica, recuperación natural, recuperación retardada y resiliencia (63).

En primer lugar, frente a la resiliencia, la angustia crónica se define como la persistencia de altos niveles de angustia psicológica durante un período de tiempo prolongado. Por su parte, en este mismo artículo, la recuperación natural hace referencia a la disminución de la angustia durante los 8 meses seguidos al tratamiento. En cambio, el restablecimiento de los niveles basales de angustia (tras haber sufrido una ligera disminución en los primeros cuatro meses post-tratamiento) se corresponde con una trayectoria denominada “recuperación retardada” (63).

En base al modelo de trayectorias propuesto por G. Bonnano en 2004 (64), los resultados revelan que aunque el 15% de las mujeres desarrolla niveles elevados de angustia crónica, el 66% de las mujeres se caracteriza por mantener niveles estables de baja angustia de forma posterior al tratamiento quirúrgico. Además, se observa que pese a que los niveles de angustia crecen los primeros meses tras la cirugía, finalmente se equilibran en el 19% de los casos. A la vista de estos resultados y acorde a lo propuesto por Bonnano, el patrón resiliente (entendido como la evolución temporal de niveles estables de baja angustia) es el de mayor incidencia de entre los cuatro posibles. A partir de ahí, la resiliencia empieza a entenderse como un posible fenómeno común entre los supervivientes oncológicos (63).

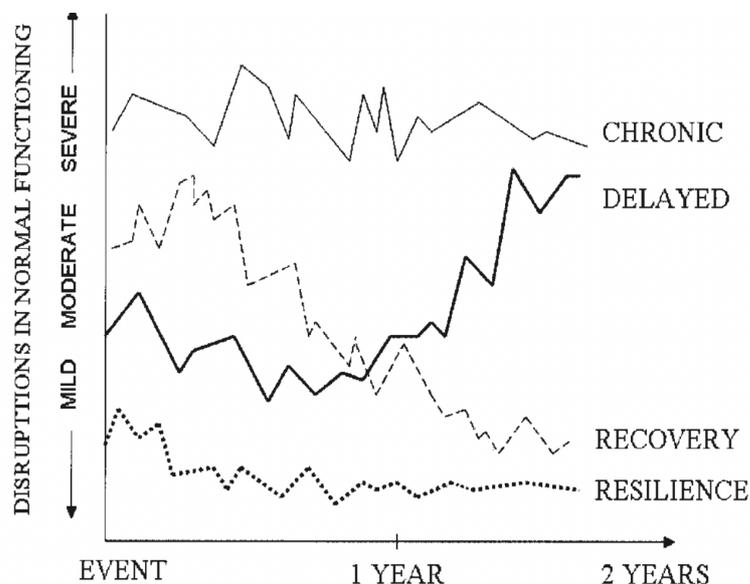


Figura 7. Modelos de patrones de funcionamiento ante sucesos potencialmente traumáticos o pérdidas interpersonales (64)

*Fuente: Bonanno G.A. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004; 59(1):20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20.*

Otro aspecto a tener en cuenta se relaciona con la literatura que sustenta que la exposición moderada a sucesos vitales agudos previos al cáncer se relaciona con efectos de endurecimiento y mayor crecimiento personal ante condiciones de estrés posteriores. En base a este supuesto, se ha comprobado que los contextos estresantes de carácter limitado (la muerte de un ser querido, el divorcio o la separación...) llevan a la superviviente de cáncer de mama a desarrollar un mayor número de recursos (personales, psicológicos y sociales) , permitiéndole afrontar la amenaza del diagnóstico y tratamiento con una menor carga de pensamientos intrusivos y un mayor grado de afecto positivo. Así, se postula que tanto la nula o mínima exposición a condiciones estresantes como el afrontamiento de contextos de estrés severo interrumpen los procesos de desarrollo personal, condicionando un aumento de intrusiones y una disminución del afecto positivo (65).

En cambio, en el caso del estrés mantenido (aquel que persiste durante al menos 4 semanas), es posible que los intentos de resolver el factor estresante hayan fracasado, lo que puede derivar en niveles significantes de impotencia (65).

Este hecho sugiere que aunque no es posible someter a los supervivientes al estrés de forma retrospectiva, los profesionales pueden impulsarles a la puesta en marcha de aquellas herramientas y recursos que les resultaron útiles en condiciones previas de estrés (65).

Paralelamente, se ha enfatizado en la relación positiva existente entre la exposición a un número moderado de eventos estresantes agudos tanto con el afecto positivo ( $p= 0,009$ ) como con el afecto negativo ( $p=0,044$ ) a lo largo del proceso de larga supervivencia. Esta idea va en línea de lo propuesto por modelos teóricos como el de Davis, Zautra y Smith, que hablan de la resiliencia como aquella capacidad de mantener la complejidad afectiva después del cáncer, es decir, de integrar tanto los aspectos negativos como los positivos de un hecho (65). En definitiva, estos

resultados se enmarcan en un contexto donde el individuo resiliente no trata de negar la desdicha, pero obtiene efectos positivos a través de ésta (66).

En línea con lo expuesto anteriormente, el concepto de resiliencia es de interés en el plano de la supervivencia al cáncer, puesto que entre múltiples hallazgos, se pone de manifiesto la capacidad resiliente de pacientes oncológicos que se encuentran a cinco años del diagnóstico a pesar de un pronóstico fatal. En base a una de las herramientas clásicas utilizadas para la evaluación de la resiliencia, el *cuestionario RS-25* predice un resultado de resiliencia que equivale a 155,7 para esta muestra de supervivientes (67).

Además, al examinar el nivel de bienestar psicosocial a diez años del diagnóstico de cáncer, no se observan relaciones significativas entre el grupo de supervivientes y el grupo comparativo libre de enfermedad en cuanto al crecimiento personal ( $p=0,11$ ), el sentido de la espiritualidad y el bienestar social ( $p>0,10$ ). Estos datos reflejan niveles de funcionamiento comparables a la población normativa, o lo que es lo mismo, una alta prevalencia de la resiliencia psicológica a lo largo del período de supervivencia (62).

Tal y como asegura una investigación, la resiliencia también aparece como un factor prevalente entre las mujeres supervivientes de cáncer de mama. A través de la *escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC 25)*, se comprueba que la puntuación total de resiliencia en este colectivo de mujeres se sitúa en torno a 77. Para la obtención de dicho resultado, se evalúan cinco factores de la resiliencia y en lo que a esta muestra concreta se refiere, tanto el factor 2 (tolerancia al afecto negativo y fortalecimiento ante los efectos del estrés) como el factor 4 (sentido de propósito y control en la vida) agrupan la mayor parte de los datos (57).

Hallazgos similares se encuentran al explorar el nivel de resiliencia psicológica a partir de la finalización del tratamiento oncológico.

Así, tras el transcurso de cuatro semanas desde el cese del tratamiento se observa una tendencia

de desarrollo altamente resiliente entre los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello, con valores que se sitúan alrededor de 81,6 según el *cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young de 14 ítems (RS-14)*. Sin embargo, este puntaje disminuye significativamente entre el 7,6% de los participantes que con el objetivo de asegurar la respiración tras la cirugía es sometido al procedimiento de traqueotomía. Para la interpretación de los datos del estudio en cuestión, es necesario entender que el coeficiente beta estandarizado determina en qué medida se desvía la resiliencia respecto a la media por cada aumento en la desviación estándar de la variable independiente. Siendo la traqueotomía la variable independiente estudiada en este caso, se contempla que la resiliencia es de 4 unidades aproximadamente más baja entre los participantes con traqueotomía, en comparación con aquellos que no son sometidos a dicho proceso (68).

La dinamicidad del proceso resiliente también ha sido estudiada en tipos de cánceres como los hematológicos o los linfomas. Hoy en día, el trasplante de médula ósea se conoce por ser un procedimiento ampliamente empleado en el tratamiento de estos cánceres, pues actúa sobre las células madre dañadas por la enfermedad o debido a las altas dosis de quimioterapia o radioterapia. Resulta inaudito que pese a las secuelas físicas y emocionales a largo plazo (fatiga, ansiedad y depresión, conflictos psicosociales... ) y al posible desarrollo de efectos secundarios (enfermedad del injerto contra huésped, osteonecrosis...), los supervivientes sean capaces de hacerse con los recursos suficientes para generar respuestas resilientes. La ocurrencia de este fenómeno ha sido investigada y se concluye que los supervivientes de estos tipos de cáncer son capaces de desarrollar patrones de funcionamiento resilientes. La formulación de esta hipótesis queda respaldada por la obtención de una cifra promedio de 143 (en un rango de puntaje comprendido entre 25 y 175) en la *escala de resiliencia (RS-25)*. En comparación, la población general exenta de enfermedad muestra un nivel de resiliencia menor, equivalente a una puntuación de 133,78 (69).

En contraposición a los datos previos, se identifican dos investigaciones que reflejan una disminución en los niveles de resiliencia a lo largo de la etapa postoperatoria. En ambas se utiliza la versión de CD-RISC propuesta por Yu y Zhang en 2007, la cual evalúa los niveles de resiliencia en base a tres factores psicológicos puntuados del 0 al 100: optimismo, fuerza y tenacidad. Por

un lado, se especifica una puntuación resiliente de 57,2 entre los supervivientes de cáncer de pulmón de células no pequeñas en período postoperatorio; al respecto, es preciso comentar que la puntuación media de esta variable se sitúa en torno a un valor de 84,9 en la población normativa estudiada (70). Por otro lado, las mujeres supervivientes de cáncer de mama en período postoperatorio (habiendo recibido al menos dos ciclos de quimioterapia o de otro tipo de terapia adyuvante) muestran niveles de resiliencia moderados, que se corresponden a una puntuación aproximada de 65,18. Del análisis procedente de estos datos los artículos plantean la necesidad de atender la salud no solo física, sino también la mental, a lo largo de la fase oncológica que sigue a los tratamientos (71).

Junto a lo expuesto anteriormente, la literatura actual se ha dedicado a estudiar la variabilidad del proceso resiliente según diferentes variables sociodemográficas, clínicas, de ámbito personal y social:

- Resiliencia y evolución temporal

En este sentido, parte de los estudios revisados argumentan que el grado de resiliencia aumenta a la vez que avanza el tiempo desde el diagnóstico o tratamiento. Una muestra de ello es un análisis que observa que aunque los niveles de resiliencia pueden sufrir un ligero descenso durante los años posteriores al trasplante hematopoyético, se alcanzan niveles óptimos de esta variable una vez transcurridos los 5 años iniciales. En base a los datos obtenidos y de acuerdo a la *escala de resiliencia RS-25*, esta variable psicológica se sitúa en valores de 147,8 a lo largo de los dos primeros años postrasplante. La resiliencia disminuye respecto a los niveles iniciales presentando una puntuación de 131,5 tras el transcurso de 3-4 años; sin embargo, se prevé una tendencia de mejora significativa ( $p= 0,006$ ) en relación a este puntaje a los 5 años del trasplante, a través de un valor de 149. Según los autores, la variabilidad de este fenómeno puede explicarse de forma que los primeros años se definen por el rechazo a las limitaciones afrontadas en la nueva rutina. No obstante, es a largo plazo cuando se produce un reajuste de sus expectativas en base a su estado físico y psicosocial (69).

En oposición a estas hipótesis, existen planteamientos en relación a que a un menor período de tiempo transcurrido desde el impacto diagnóstico, mayor es el impacto de la resiliencia. En efecto, así lo demuestra un artículo centrado en la fase de supervivencia del cáncer de mama, con unos niveles de resiliencia media alrededor de 74 a más de seis años transcurridos desde el diagnóstico, frente a un valor de 90 a menos de 6 años del mismo. Sin embargo, cabe mencionar que únicamente 2 de los factores reconocidos entre la escala *CD-RISC* parecen estar relacionados a la puntuación total de resiliencia, con valores  $p$  estadísticos por debajo de 0,05. Dichos factores se corresponden con los dominios 2 y 3 (tolerancia a las situaciones negativas y fortalecimiento ante los efectos del estrés y aceptación positiva del cambio y relaciones seguras, respectivamente) (57).

En un sentido similar, se plantea que los niveles de resiliencia son notablemente mayores cuanto menor es el tiempo avanzado desde el tratamiento. Así, hay estudios que constatan que antes de los dos años del procedimiento de mastectomía, el nivel de resiliencia es mayor que en los dos años sucesivos a éste, pues se predice que, a largo plazo, la trayectoria psicosocial de las mujeres está determinada por alteraciones en la estabilidad emocional y en la satisfacción corporal. A través de la escala *SPP-25*, se objetiva un valor de resiliencia de 73,3 sobre 100 durante los primeros dos años post-cirugía, frente a una puntuación de 67,9 tras el transcurso de dos años. De acuerdo a los resultados extraídos, el desarrollo resiliente viene dado por una capacidad de recuperación mayor frente a hechos difíciles durante los años iniciales tras la cirugía; esta capacidad está mediada por niveles altos de consistencia y determinación, el afrontamiento adaptativo de las emociones negativas y la tolerancia al fracaso (59).

#### - Resiliencia y edad

En lo referente a la edad, su poder predictivo sobre la resiliencia no está claramente determinado. Mientras que ciertos artículos no hallan asociaciones estadísticamente significativas entre ninguna de las cinco variables resilientes de la *escala CD-RISC 25* con la edad ( $p=0,511$ ) (57), otros alegan que se trata de una de las variables con mayor influencia en relación al proceso de resiliencia. Dentro de este último grupo de estudios, hay algunos que defienden la

tesis de que una mayor edad se corresponde con la disminución en el nivel de resiliencia psicológica, ya que generalmente es un período caracterizado por el descuido al autocuidado y la decadencia física, donde existe un mayor riesgo de soledad y angustia psicológica; de hecho, en los supervivientes de cáncer de pulmón mayores de 60 años, la resiliencia alcanza una puntuación de 52,6 sobre 100, frente a un valor de 65,2 en aquellos menores de 44 años (70).

Por el contrario, otro amplio género de investigaciones señala que los supervivientes oncológicos mayores demuestran un mayor afecto positivo, una mayor actualización social y una menor prevalencia de sintomatología depresiva, en comparación con su grupo equivalente en edad sin historia de cáncer y en contraposición a la población joven. Se deduce, a partir de estos razonamientos, que los resultados psicosociales a largo plazo son sustancialmente peores entre los supervivientes oncológicos más jóvenes, dado que confrontan situaciones angustiosas “antes de tiempo” con una menor disponibilidad de recursos psicológicos (62).

#### - Resiliencia y otras variables

Con respecto al nivel de educación, se ha visto que es una variable que influye de modo relevante tanto a nivel de resiliencia general como en las áreas que la definen. Por un lado, según los resultados obtenidos a través de la *escala CD-RISC 25*, el puntaje resiliente difiere según el nivel formativo para los factores 3 (aceptación positiva de los cambios y relaciones seguras) y 4 (sentido de propósito y control de la vida).

Por otro lado, se establece una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,016$ ) entre un nivel de educación superior y el valor de resiliencia total; frente a una puntuación de 72 sobre 100 en el grupo sin formación cualificada o únicamente con estudios primarios, la clase con alto nivel formativo obtiene un puntaje de 79 (57).

Dentro de este orden de ideas, el tratamiento con quimioterapia ha sido una de las escasas variables clínicas que ha demostrado estar significativamente asociada ( $p=0,012$ ) al desarrollo

resiliente en una muestra de supervivientes de cáncer de mama a largo plazo. De hecho, las mujeres sometidas a quimioterapia muestran niveles de resiliencia en torno a 79, frente a las que no reciben dicha modalidad de tratamiento, con valores aproximados de 71 (según el rango de 0 a 100 que evalúa la *escala CD-RISC 25*). En línea con otros hallazgos, la experiencia con este tipo de tratamiento permite la promoción del desarrollo resiliente, pues una mayor percepción de dificultad y amenaza se corresponde con mayores grados de resiliencia. En este tipo de tratamiento concreto, los factores 1 (competencia personal, tenacidad y autoeficacia) y 2 (tolerancia a situaciones negativas y fortalecimiento ante los efectos del estrés) son los que mayor efecto generan en términos de resiliencia, con valores p de 0,038 y 0,048 respectivamente.

En esta misma muestra, las diferencias observadas no son relevantes para el resto de variables clínicas como el estadio de enfermedad (P=0,114), el tipo de cirugía (P=0,567) y la linfadenectomía (P=0,19) (57).

En contraste con los resultados anteriores, hay evidencia a partir de la cual se deduce que el estadiaje clínico tumoral repercute en el desarrollo de la resiliencia durante la etapa postoperatoria. Precisamente, la resiliencia (evaluada mediante la *versión china de CD-RISC 25*) se correlaciona negativamente ( $r = -0,413$ ) con la estadificación tumoral en una muestra de pacientes quirúrgicamente tratadas por cáncer de mama. Además, teniendo en cuenta que la cuestión del tratamiento adyuvante y la preocupación por sus efectos secundarios ocupa un lugar preeminente en el paciente oncológico postoperatorio, un mayor número de ciclos de quimioterapia adyuvante se asocia a una disminución importante ( $p=0,002$ ) de la resiliencia ( $r = -0,391$ ) (71).

- Resiliencia y variables personales protectoras

El estudio de la resiliencia como proceso, así como de sus factores moduladores, representa un

área de gran interés entre la población superviviente de cáncer, dado que facilita a enfermería recursos en la labor de promover una mejor calidad de vida (62).

Si bien es cierto que el origen de la resiliencia no se limita a atributos personales innatos, existen ciertas características individuales que actúan potenciando su curso. En este sentido, hay estudios que han examinado variables dispares mediadoras de un mejor ajuste resiliente a largo plazo en la enfermedad de cáncer.

En lo que a factores protectores personales respecta, una de las variables estudiadas es el denominado “optimismo inteligente”, que se entiende como aquella capacidad que mantiene al individuo consciente acerca de la realidad, sobre la cual asume un papel proactivo para el cambio positivo (72). Según los estudios examinados, se concluye que aquellas personas con niveles mayores de optimismo tienden a evaluar de forma más positiva las dificultades, y por consiguiente, resurgen con mayor fortalecimiento de éstas.

Desde la perspectiva de la supervivencia, se observa una tendencia en aumento de esta variable a medida que avanza el tiempo desde el diagnóstico; mientras que solo el 41,7% de las supervivientes con cáncer de mama mantiene una perspectiva optimista durante el primer año tras el diagnóstico, se contemplan niveles óptimos de esta variable a los cinco años de éste en el 83,3 % de las mujeres. Estos resultados pueden atribuirse a la elaboración de expectativas positivas acerca del riesgo de recidiva en el plazo de larga supervivencia (66).

En línea con estas suposiciones, existen narrativas de supervivientes de leucemia postrasplante que reflejan el optimismo como factor predictor del crecimiento resiliente tras el cáncer (73):

*“-Creo que lo que me ayudó fue pensar justamente esto: No pasará nada malo; ¡todo va a salir bien!. Es como si a la hora de un penalti en un partido de fútbol piensas que el jugador fallará; seguidamente, el jugador golpea el balón y falla”.*

A pesar de las consideraciones anteriores, es necesario subrayar que las diferencias halladas en términos de resiliencia según el tiempo transcurrido desde la mastectomía no se asocian a la capacidad de evocar emociones positivas, sino a las dimensiones de la *escala SPP-25* asociadas a la capacidad de recuperarse de condiciones difíciles (perseverancia y determinación, afrontamiento de emociones negativas y tolerancia al fracaso). En este sentido, parece que ante la pérdida de una o ambas mamas, no es tanto el optimismo, sino la aceptación y la tolerancia de las emociones negativas lo que juega un papel preponderante en el desarrollo de una trayectoria resiliente (59).

Así mismo, se entiende que el optimismo tiende a potenciar estrategias de afrontamiento adaptativas frente a los retos derivados de la experiencia oncológica. A modo general, el afrontamiento activo hace referencia al conjunto de comportamientos asociados a la resolución eficaz de los conflictos vitales. A diferencia del estilo pasivo, este estilo se enmarca en el modelo de resiliencia, donde el individuo es consciente de sus limitaciones, y a partir de ellas, se aleja de posturas victimistas para dirigirse con iniciativa a aquellos aspectos susceptibles de cambio (72).

A la luz de los datos extraídos, la confrontación es un estilo de afrontamiento activo que se correlaciona de forma positiva con la resiliencia ( $r=0,280$ ), ya que favorece el aumento de los niveles de autoeficacia y esperanza. En contraste, el grado de resiliencia se relaciona de forma inversa ( $r=-0,489$ ) con el estilo de afrontamiento centrado en la resignación (70). En este contexto, resulta de vital importancia diferenciar los conceptos de resignación y aceptación. La resignación está vinculada a la indefensión; es decir, a la creencia de que nada puede hacerse frente a las condiciones de adversidad. En cambio, la aceptación es considerada una estrategia de afrontamiento asertiva en la que el individuo asume su limitación en la capacidad absoluta de control sobre el entorno pero obtiene beneficios a partir de las circunstancias sobre las que sí que lo tiene (72).

En similar sentido, se ha comprobado que la autoeficacia, definida como “la creencia individual en la capacidad de hacer frente a las adversidades y de alcanzar los objetivos deseados”

contribuye a la búsqueda de estrategias de estilo adaptativo y refuerza, por consiguiente, la adaptación resiliente (72).

De esta manera, la autoeficacia emerge como principal característica predictora de la resiliencia psicológica a lo largo de la etapa postoperatoria, particularmente entre los pacientes de cáncer de pulmón de células no pequeñas ( $r=0,632$ ), frente a factores como el afrontamiento activo y el apoyo social (70).

Igualmente, tras el proceso quirúrgico de cáncer de mama, los niveles de autoeficacia se correlacionan positivamente ( $r= 0,291$ ) con la puntuación de resiliencia total de *la escala CD-RISC 25* (59).

A este respecto, se ha analizado cómo los niveles de autoeficacia despuntan cuando el retorno del superviviente al desempeño de los roles familiares y sociales ocurre de manera adaptativa. Cuando en vez de alejarse de las funciones habituales el afectado continúa asumiendo sus responsabilidades, se incrementa su sensación de control sobre las situaciones perturbadoras (71).

#### - Resiliencia y variables sociales

En lo que concierne a las variables de tipo contextual, la influencia del apoyo social sobre la resiliencia es uno de los resultados más consistentes encontrados entre la evidencia científica actual.

A través de las fuentes consultadas, se confirma una asociación positiva entre el apoyo social y la resiliencia en el proceso oncológico a largo plazo. La neurociencia tiene mucho que decir a este respecto, pues se ha comprobado que la resiliencia evoluciona en armonía con las regiones cerebrales involucradas en las relaciones interpersonales (44).

Con respecto a este factor, se ha demostrado que el nivel de resiliencia difiere en función del grado de apoyo social percibido. En comparación con los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello que tienen una menor disponibilidad de recursos sociales, la puntuación total de resiliencia puede llegar a situarse hasta 6 unidades promedio por debajo de aquellos que cuentan con un alto soporte social (coeficiente  $\beta = -5,66$ ) (68).

No sólo en la etapa de larga supervivencia, sino que también en la fase postoperatoria, el apoyo social ejerce un claro papel protector frente a los efectos de la resiliencia.

Concretamente, tras el procedimiento de mastectomía, el apoyo social guarda una relación positiva ( $r=0,418$ ) de alto valor estadístico ( $p<0,001$ ) con esta variable psicológica (59). De similar modo, los hallazgos obtenidos revelan una correlación directa entre el grado de soporte social y la resiliencia en el caso de la supervivencia del cáncer de pulmón a largo plazo ( $r=0,473$ ), a través de un valor  $p$  que indica que su asociación es estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ) (70).

Cabe enfatizar que la red de apoyo social no incluye únicamente al entorno familiar. Por parte de los profesionales del cuidado, se argumenta que el vínculo terapéutico promueve la confianza y la determinación a lo largo del proceso de enfermedad, permitiendo la evolución hacia modelos de vida resilientes (73).

En cualquier caso, dado que es en la etapa diagnóstica inicial donde se da una mayor movilización de los recursos dirigidos al cuidado del enfermo, es necesario señalar que se identifican requerimientos mayores de apoyo social a partir de los cinco años del diagnóstico (66).

Tabla 5. Resumen de factores influyentes en la resiliencia

Tiempo desde diagnóstico/tratamiento	↑ Resiliencia	-Reajuste de las expectativas acerca del estado de salud individual (69)
	↓ Resiliencia	-Tolerancia a situaciones negativas y fortalecimiento ante los efectos del estrés (57) -Afrontamiento adaptativo a las emociones negativas y tolerancia al fracaso (59) -Aceptación positiva del cambio y relaciones seguras (57) -Consistencia y determinación (59)
Edad	No evidencia (57)	
	↑ Resiliencia	-Afecto positivo (62) -Actualización social -Disminución de la sintomatología depresiva
	↓ Resiliencia	-Descuido del autocuidado (70) -Decadencia física -Riesgo de soledad y angustia psicológica
Nivel educativo	↑ Resiliencia	-Aceptación positiva del cambio y relaciones seguras (57) -Sentido de propósito y control en la vida
Quimioterapia	↑ Resiliencia	-Competencia personal, tenacidad y autoeficacia (57) -Tolerancia a situaciones negativas y fortalecimiento ante los efectos del estrés
	↓ Resiliencia	-Preocupación por efectos secundarios (71)
Estadía de enfermedad	No evidencia (57)	
	↓ Resiliencia (71)	
Tipo de cirugía	No evidencia (57)	
Linfadenectomía	No evidencia (57)	
Variables personales	↑ Resiliencia	Optimismo inteligente (57,73)
		Afrontamiento activo (70)
		Autoeficacia (59,70)
Variables sociales		Apoyo social (59,68,70)

Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.2 El impacto de la resiliencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud

Dada la alta prevalencia del cáncer, la influencia de esta enfermedad sobre la calidad de vida a largo plazo se ha convertido en un área de particular importancia en los últimos años.

Indudablemente, tanto el cáncer como el conjunto de los tratamientos y sus efectos asociados representa una experiencia vital desafiante que condiciona sustancialmente la salud global del individuo; tanto es así que la mayor parte de la literatura en torno al período de supervivencia oncológica se concentra en el estudio de los aspectos más limitantes de la calidad de vida (fatiga, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, insomnio...). Si bien debe atenderse al manejo de dicha sintomatología, resulta necesario orientar la mirada hacia aquellas variables que intervienen favorablemente en el progreso del superviviente. En este sentido, es un hecho a destacar que existe un interés creciente acerca de los factores psicológicos asociados al incremento de los niveles de la calidad de vida (74).

A tenor del segundo objetivo propuesto para el estudio, se discute acerca del grado de predicción de la resiliencia psicológica sobre la calidad vital del superviviente oncológico. Para una mayor comprensión de los datos, se explican resumidamente los instrumentos de medida de la calidad de vida, aplicados a lo largo de la revisión (se anexan simultáneamente en la parte final del documento):

##### - ***Escala genérica de evaluación funcional para el tratamiento del cáncer FACT-G:***

La *escala FACT-G* consiste en un cuestionario de aplicación general a pacientes con diagnóstico de cáncer a partir de los 18 años. Contiene 27 ítems que informan acerca de 4 dimensiones relacionadas con la calidad de vida: física, psicológica, social y funcional. Las respuestas quedan reflejadas en una escala de puntaje variable, desde 0 (“nada”) hasta 4 (“mucho”), conforme a lo experimentado en la última semana.

La aplicación de esta herramienta puede combinarse con escalas específicas; de hecho, para analizar la calidad de vida de los supervivientes de cáncer colorrectal, se emplea la “*subescala específica de evaluación funcional para el tratamiento de cáncer colorrectal (FACT-C)*” (75), que añade en su cuestionario un dominio de 9 aspectos asociados a esta clase de cáncer.

- ***Escala de satisfacción con la vida SWLS (76):***

Para determinar el grado de satisfacción con la vida se utiliza la *escala SWLS*, integrada por 5 ítems a los que se les asigna una puntuación del 1 (“en total desacuerdo”) al 7 (“completamente de acuerdo”), teniendo en consideración que mayores puntuaciones indican un mayor grado de satisfacción vital.

- ***Cuestionario de calidad de vida SF-36 (77):***

El cuestionario SF-36 se centra en 36 ítems organizados en 8 dimensiones, sobre las que se evalúan las variaciones del estado de salud en las 4 semanas pasadas. Estas dimensiones valoran las siguientes cuestiones: el funcionamiento físico, el funcionamiento social, el estado de salud mental, las limitaciones asociadas a los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad, el dolor, el nivel de energía y vitalidad y la percepción general del nivel de salud. Además, incluye un único ítem que define los cambios percibidos en la salud respecto al año anterior, lo que proporcionará información de valor. El puntaje que evalúa cada dimensión oscila entre 0 y 100, donde 0 refleja un grado de salud pésimo y 100 indica una salud óptima.

- ***Cuestionario de calidad de vida para el cáncer QLQ-C30 (78):***

Esta herramienta consiste en 30 ítems estructurados en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, psicológico, cognitivo, social y actividades cotidianas), 9 escalas de síntomas (náuseas, dolor, fatiga, disnea, diarrea, estreñimiento, insomnio, pérdida de apetito y dificultades financieras) y 1 escala de salud global. En términos de puntuación, todos los ítems se evalúan en

un rango del 1 (“en absoluto”) al 4 (“mucho”), a excepción de la escala de salud global, valorada del 1 (“pésima”) al 7 (“excelente”); así, un puntaje elevado se corresponde con una mejor salud general y un estado funcional más favorable, en presencia de mayor sintomatología. Una vez extraídos los resultados, a través de la estandarización del puntaje se obtiene un valor comprendido entre 0 y 100 para cada ítem.

El cuestionario general QLQ-C30 se complementa con módulos que informan acerca de la calidad de vida en un grupo concreto de pacientes oncológicos. Es el ejemplo de la **escala QLQ BR-23**, la cual mide la calidad de vida específicamente en el cáncer de mama, apoyándose en 2 áreas: la funcional (imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute sexual y preocupación por el futuro) y la sintomatológica (efectos del tratamiento sistémico, síntomas en mamas y brazos y preocupación por la caída de cabello).

En primer lugar, es menester mencionar que, en el contexto del cáncer, la introducción del concepto de calidad de vida en 1980 redujo este término a efectos del impacto de las condiciones de salud sobre el funcionamiento habitual. Con el transcurso del tiempo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se entiende como un concepto multidimensional que no sólo alude a la dimensión objetiva, sino que además considera las percepciones individuales en relación a la sintomatología de la enfermedad y a los efectos secundarios del tratamiento en todas sus dimensiones: física, emocional, social y cognitiva (74).

A partir de la revisión realizada, se identifica un estudio (79) que propone dos resultados de ajuste distintos en relación a la calidad de vida tras la experiencia oncológica. Así, distingue la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del índice de satisfacción con la vida, por ser este último un concepto más riguroso que incorpora la evaluación que el sujeto efectúa sobre su calidad de vida de acuerdo a sus criterios, expectativas y objetivos. Esta última medida pone en evidencia que pese a que las alteraciones experimentadas sean las mismas, el sentido o el valor atribuido a éstas difiere, y por consiguiente, también lo hace el grado de satisfacción con la vida.

Tras estudiar la evolución de la población superviviente de cáncer colorrectal durante los cinco años posteriores al diagnóstico, se definen cuatro trayectorias diferentes en función de la satisfacción percibida con la vida (ver Figura 11). Atendiendo a los resultados obtenidos, se observa una predisposición a niveles de satisfacción elevados entre casi la mitad de los participantes (48,8%) durante cinco años de seguimiento. Si bien es cierto que se objetivan fluctuaciones en las trayectorias de vida restantes, los niveles basales de satisfacción tienden a restaurarse una vez transcurrido el plazo de cinco años tras el diagnóstico (79).

Tal y como se ha estudiado, el grupo de supervivientes que califica su satisfacción como “baja” difiere significativamente ( $p < 0,001$ ) de la clase que percibe ésta como “alta”; vale la pena especificar aquí que esta disimilitud va ligada a variaciones en dominios de la resiliencia como el apoyo social y el optimismo; en efecto, se predice que aquellos supervivientes con una percepción baja de soporte social tienen mayores posibilidades de valorar negativamente su calidad vital. El análisis de las diferencias en el nivel de optimismo entre los individuos que evalúan su vida de forma satisfactoria frente a los que se muestran insatisfechos confirma el patrón descrito previamente (79).

En lo referente a la calidad de vida relacionada con la salud, frente a que la mayor parte de los resultados (73,3%) se ajusta a una calidad de vida media-alta a los cinco años del comienzo de la enfermedad, existe un escaso porcentaje de participantes que muestra un deterioro de esta medida a partir de los dos años post-diagnóstico (7,4%). Se proporciona, además, como dato de interés, que un 19,2% de los largos supervivientes mantiene niveles de calidad de vida disminuidos en el tiempo (79).

Considerando lo expuesto, los investigadores avalan que es la capacidad de mantener una satisfacción con la vida estable a lo largo del período de supervivencia lo que puede considerarse un reflejo consistente del fenómeno de resiliencia (79). Es más, ya en el año 1990, Wagnild y Young denominaron individuo resiliente a “todo ser activo socialmente que presenta un grado de satisfacción medio-alto en la escala de satisfacción con la vida”(55).

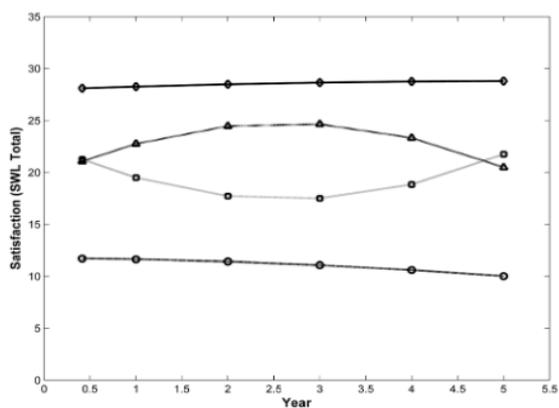


Figura 8. Trayectorias de satisfacción con la calidad de vida en supervivientes de cáncer colorrectal (79).

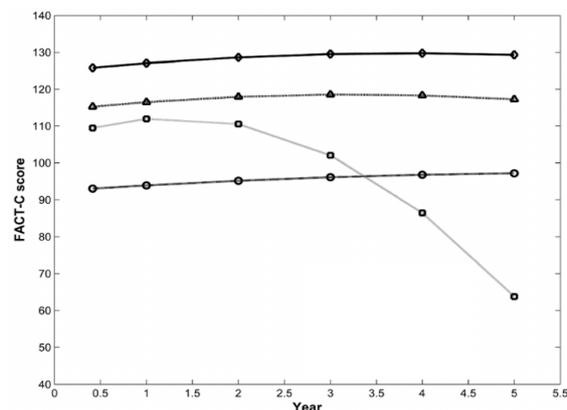
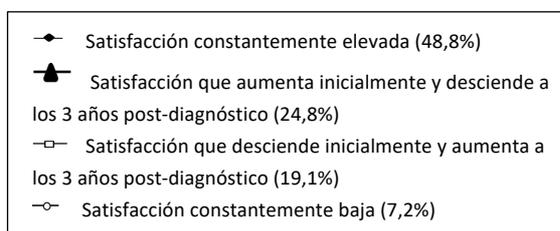
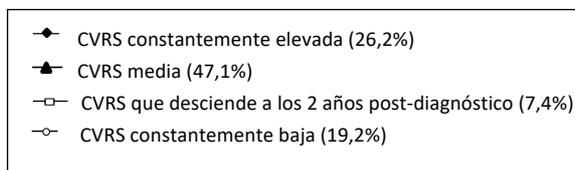


Figura 9. Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en supervivientes de cáncer colorrectal (79).



Fuente: Dunn J., Kay Ng S., Breitbart W., Aitken J. Youl P., D.Baade P. et. al. Health-related quality of life and life satisfaction in colorectal cancer survivors: trajectories of adjustment [Internet]. 2013 [citado 4 de febrero de 2021]; 11: 46. Recuperado a partir de: <http://www.hqlo.com/content/11/1/46>

En una muestra de supervivientes con finalización del tratamiento oncológico desde hace dos años, se establece un vínculo positivo significativo ( $p=0,001$ ) entre la resiliencia (evaluada a través de la *escala PFRS*) y los diferentes aspectos de la calidad de vida de acuerdo al *cuestionario de salud SF-36*.

Así, tanto el funcionamiento físico como el social parecen estar positivamente correlacionados con la resiliencia psicológica, a través de coeficientes de correlación  $r$  de 0,19 y 0,39, respectivamente. De igual modo, el fenómeno resiliente se asocia de forma directa a las puntuaciones obtenidas en las áreas de rol físico ( $r=0,29$ ) y rol emocional ( $r=0,32$ ), y se corresponde con un estado de salud mental equilibrado. La resiliencia, a su vez, se presenta como factor protector del dolor corporal ( $r=0,29$ ), y se relaciona con un mayor sentido de vitalidad, lo que se significa que el individuo se sentirá más enérgico ( $r=0,44$ ). A nivel de salud global, los

resultados atestiguan que esta variable psicológica tiene efectos potencialmente beneficiosos (80).

En consonancia con las hipótesis anteriores, la resiliencia ha demostrado ser un factor predictor de la mayoría de los aspectos de la calidad de vida en el caso de las mujeres supervivientes de cáncer de mama. Para su estudio se emplea el *cuestionario EORTC QLQ-C30*, una de las escalas más comúnmente utilizadas en la evaluación de la calidad de vida global (74).

En este contexto, la calidad de vida global muestra una correlación significativamente ( $p < 0,001$ ) positiva ( $r = 0,39$ ) con los valores obtenidos en la *escala de resiliencia CD-RISC*. Asimismo, la resiliencia se caracteriza por ser un factor psicológico protector para la totalidad de las escalas funcionales, a través de los siguientes factores de correlación: funcionamiento físico ( $r = 0,3$ ), funcionamiento psicológico ( $r = 0,49$ ), funcionamiento cognitivo ( $r = 0,39$ ), funcionamiento social ( $r = 0,4$ ) y actividades cotidianas ( $r = 0,27$ ). Junto a estos hallazgos, a efectos de sintomatología, la resiliencia parece estar inversamente correlacionada con el dolor ( $r = -0,3$ ), las náuseas y vómitos ( $r = -0,3$ ), la fatiga ( $r = -0,363$ ), la disnea ( $r = -0,29$ ), la pérdida del apetito ( $r = -0,474$ ), el insomnio ( $r = -0,352$ ), el estreñimiento ( $r = -0,217$ ), la diarrea ( $r = -0,182$ ) y las dificultades financieras ( $r = -0,176$ ) (74).

Análogamente, con el fin de capturar la nitidez de la realidad, se complementa su uso con uno de los módulos específicos para el cáncer de mama: *EORTC QLQ - BR 23*. Los resultados obtenidos a partir de dicha herramienta informan de un mayor nivel de preocupación por el futuro ( $r = 0,369$ ), así como de una imagen corporal más deteriorada ( $r = 0,35$ ) con respecto a las supervivientes de cáncer de mama menos resilientes. Además, en relación a los efectos derivados de esta tipología de cáncer en concreto, niveles bajos de resiliencia se relacionan con una mayor notificación de resultados adversos tras la terapia sistémica ( $r = -0,366$ ), una mayor prevalencia de sintomatología en mamas ( $r = -0,287$ ) y brazos ( $r = -0,198$ ) y un aumento de la preocupación en relación a la caída del cabello ( $r = -0,3$ ). Por consiguiente, se pone de relieve el

papel predominante que adquiere la resiliencia sobre la optimización de la calidad de vida de la mujer superviviente con cáncer de mama (74).

En la misma línea, hay autores que basándose en investigaciones previas señalan que pese al temor persistente a la posible recidiva y a las dificultades físicas y psicosociales, los pacientes oncológicos informan de una calidad de vida “muy buena” de 2 a 10 años desde el trasplante de células madre. En este sentido, se ha comprobado que resiliencia y calidad de vida son dos conceptos estrechamente relacionados, ya que la resiliencia media positivamente la reintegración del paciente a su vida cotidiana una vez concluido el trasplante y determina la adaptación positiva a desafíos vitales futuros. Los datos indican, a través de un coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) de 0,587, que la calidad de vida global de estos supervivientes se corresponde con puntuaciones de resiliencia elevadas en la *escala de resiliencia RS-25*. Igualmente, todas las escalas de funcionamiento del *cuestionario EORTC QLQ-C30* (excepto la que evalúa las actividades de la vida diaria) aseguran de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,01$  /  $p < 0,001$ ) una relación directa con el proceso de resiliencia. Esto quiere decir que el desarrollo resiliente predice resultados sustancialmente favorables a largo plazo a nivel físico ( $\rho = 0,335$ ), emocional ( $\rho = 0,375$ ), cognitivo ( $\rho = 0,320$ ) y social ( $\rho = 0,472$ ) (69).

Es importante señalar que el proceso de mastectomía conduce, la mayoría de las veces, a una situación altamente estresante condicionada por una sensación de pérdida de la feminidad. Teniendo en cuenta este aspecto, la insatisfacción corporal representa una cuestión de suma importancia, pues impacta de manera negativa el bienestar psicológico de la mujer superviviente. En relación a la problemática expuesta, la resiliencia psicológica ha demostrado ser un elemento amortiguador ante las posibles alteraciones de la imagen corporal entre las mujeres postmastectomizadas. En particular, en un estudio que analiza una muestra de 120 mujeres con cáncer de mama en período postoperatorio, la resiliencia pone de manifiesto una mejora relevante ( $p < 0,001$ ) de la autoaceptación corporal ( $\beta = 0,540$ ). Estando la insatisfacción corporal inversamente correlacionada con la resiliencia ( $\beta = -0,440$ ), se sugiere que tras la extirpación de los senos, el desarrollo de una percepción equilibrada sobre el cuerpo va ligada a

la capacidad resiliente de aceptar, tolerar y afrontar las emociones negativas experimentadas, definida por la *escala SPP-25* (59).

Dentro de este orden de ideas, resulta claro que la angustia psicológica que sigue al período diagnóstico y de tratamiento compromete significativamente los componentes de la calidad vital del superviviente de cáncer (74).

En el caso del cáncer de próstata, es un hecho frecuente que la finalización de los tratamientos vaya asociada a alteraciones como la disfunción eréctil, la incontinencia urinaria, la fatiga... En base a estos efectos secundarios, es posible que frente al conjunto de normas sociales en las que el hombre se caracteriza por ser independiente, fuerte, autosuficiente e incontrolable, aparezca entre los supervivientes una sensación de amenaza a la identidad masculina. Puesto que este fenómeno se correlaciona negativamente con la calidad de vida ( $r=-0,33$ ), hay investigaciones que se han dedicado a explorar el efecto moderador de la resiliencia sobre la relación entre la amenaza a la identidad masculina y la angustia psicológica. Así, si bien es cierto que se trata de dos variables directamente proporcionales ( $r=0,32$ ), su relación se debilita por mediación de la resiliencia. Dicho de otra forma, la resiliencia aminora el sentimiento de angustia psicológica asociado a una percepción disminuida de la hombría entre los supervivientes de cáncer de próstata (81).

#### **4.2 Análisis cualitativo de las entrevistas**

En este punto se enmarcan, de forma sintetizada, los resultados obtenidos a partir de las entrevistas.

- Entrevistas a supervivientes de cáncer

El siguiente formulario (tabla 5), establecido como guía en el diálogo con las supervivientes, consta de seis preguntas que abordan el tema a tratar: la resiliencia y su desarrollo.

Tabla 6. Cuestionario de preguntas aplicado a supervivientes

---

- 1- Tras enfrentar los desafíos del cáncer, ¿consideras que es posible el fortalecimiento y el crecimiento a través de la enfermedad?
- 2- ¿Qué significa la resiliencia para ti?
- 3- ¿Te consideras una persona resiliente? De ser así, ¿cómo te ayuda en el día a día?
- 4- Desde tu historia de vida, ¿entiendes la resiliencia como un proceso lineal u oscilante?
- 5- ¿Cuáles son los recursos que te permitieron resurgir con solvencia de la experiencia oncológica?
- 6- A lo largo de la enfermedad, ¿percibiste por parte de los profesionales sanitarios un reconocimiento a las fortalezas internas que te permitieron seguir avanzando?

*Fuente: Elaboración propia*

Al examinar las respuestas, se observa, por un lado, que la experiencia oncológica supone un estímulo de cambio positivo para las supervivientes:

**E.M.B:** *“La enfermedad es una vuelta a la realidad. De pronto te sitúan en otro escenario y es aquí donde ponderas lo verdaderamente importante, porque la vida tiene caducidad. Es una oportunidad de ponerte en un brete que te “expulsa a bocajarro” de tu zona de confort, de lo fácil... y el único camino es superarte en la vulnerabilidad”.*

**M.S.A:** *“En el día a día nos puede el ritmo de trabajo, pero la enfermedad te hace reflexionar en los verdaderos valores y las cosas que de verdad importan: la familia, la amistad...”.*

Así mismo, conviene reseñar no sólo la experiencia global en sí, sino la fase de los tratamientos y las complicaciones asociadas como fuente potencial de fortalecimiento y crecimiento:

**E.M.B:** *“La superación no sólo fue del cáncer, sino también de las complicaciones añadidas; las alergias que me produjo la quimioterapia y la sensación de estar en un camino sin salida... La bacteria anodina (Gordonii) que tuve y sobre la que a nivel mundial sólo había 12 artículos... La*

*inmovilidad durante la administración de la radio que se hacía eterna y para la que me buscaba mis trucos: sumar de 2 en 2 hasta 100 y restar después sabiendo que tras 2 o 3 veces estaba a punto de terminar... La fase de la caída de pelo es fuerte, porque es como una identidad femenina que parece que te la arrancan de cuajo; al principio me puse una peluca pero luego pasé al pañuelo y pese a que las miradas te estigmatizan, logré crecer un poco en ese ámbito. Fui consciente de cómo miramos al diferente”.*

Por otro lado, se constata que el concepto de resiliencia adquiere significados diferentes para cada una de las entrevistadas. No obstante, existe una conciencia común de que se trata de un proceso vital de carácter oscilante.

**E.M.B:** *“Para mí la resiliencia supone aceptar la pena, la tristeza y la autocompasión como un momento del fluir hacia adelante, para seguir luchando y para dar paso a otras fases de vigor y fuerza. Es un fluir con montañas y con valles”.*

**M.S.A:** *“La resiliencia es saber sacar lo bueno que hay en ti para enfrentarte a ello sin miedo, pero con conciencia de la situación. Creo que en la vida no hay nada lineal. Por supuesto que hay altibajos, pero sobre todo hay momentos en los que te agarras con más fuerza a ella para mirar al futuro con optimismo y esperanza”.*

**A.S.E:** *“Para mí ser resiliente es la capacidad de afrontar una mala experiencia sin que ésta te paralice, y si es posible, sacar algo positivo. Desde mi experiencia es un proceso oscilante, ya que por muy bien que lleves la enfermedad no todos los días la afrontas de la misma manera”.*

Resulta particularmente interesante la variedad de herramientas identificadas entre las informantes ante el contexto de enfermedad.

A partir de las respuestas obtenidas, se reconoce, por una parte, la búsqueda de significado:

**E.M.B:** *“Necesitaba un motivo... Viví durante más de 4 años con estrés, tensión, preocupación... era lo único que me permitía entender lo que me había pasado, ya que soy una persona sana, sin antecedentes familiares de cáncer, con hábitos saludables, hago y hacía deporte ... y sin embargo, me pasó. Mi sistema inmunológico estaba tocado y necesitaba frenar el ritmo profesional y personal. La enfermedad me lo evidenció”.*

Igualmente, se evidencia que, en la medida de lo posible, el mantenimiento de las actividades diarias permite afrontar con solvencia el proceso oncológico:

**M.S.A:** *“Traté de enfrentarme a los meses de quimioterapia intentando llevar una vida lo más normal posible. Tuve suerte de no tener unos efectos secundarios demasiado adversos y eso me permitió seguir con mis rutinas de gimnasia etc. Incluso mantuve contacto con mi profesión; soy profesora de un colegio y solía ir a las reuniones para mantener el vínculo con mi trabajo. Esto me hacía tener un objetivo claro de recuperarme lo antes posible para poder recuperar con ello mi vida normal”.*

**E.M.B:** *“Durante la radioterapia, sin saber muy bien si podía o no, me apunté a golf. Justo un mes después de terminar con la radio y todos los tratamientos, empecé a hacer “antigravity”, a andar y a correr, para ir recuperando el tono de los músculos. Al mismo tiempo, inicié unos rituales de orden, lectura, alimentación, mindfulness...”.*

Una de las entrevistadas alude al humor, entre otras variables que posibilitaron su crecimiento personal a través de la experiencia oncológica:

**E.M.B:** *“El humor fue otro recurso personal: no tener “ni un pelo de tonta”, ahorro en peluquería, poco gasto de peines....”.*

El optimismo (entendido en este caso desde la esperanza en un diagnóstico positivo) se

caracteriza por ser otro de los medios potenciadores de la resiliencia psicológica:

**M.S.A:** *“Siempre confié en los diagnósticos positivos que mi médico me daba...”*

A partir del relato de una de las supervivientes, puede entreverse que el sentido de coherencia es otro de los factores determinantes en el desarrollo de la resiliencia:

**E.M.B :** *“Consideras que la vida es una carrera de obstáculos y que sólo así es vida. Que tenerlo todo tan fácil no me hubiese aportado la oportunidad de saber que tenía una suerte tremenda de tener personas importantes. También soy consciente de que años atrás no hubiese tenido los mismos recursos personales y sociales para hacerle frente. Me hubiese costado mucho más”.*

El entorno también constituye uno de los ejes fundamentales, pues las aportaciones de los entrevistados respaldan, de una forma u otra, la importancia del apoyo social en el proceso resiliente:

**A.S.E:** *“Encontrar un grupo médico que desde el principio me explicase todo el proceso claramente, evitando especulaciones... confianza absoluta en todos los oncólogos, cirujanos y enfermeras... Igualmente, importante es el apoyo de la familia y amigos”.*

**E.M.B:** *“Me gustó que antes de que se me cayera el pelo mis hijas me lo rapasen. Me sentí acompañada en el proceso”.*

Por último, a pesar de manifestar su agrado por la atención recibida, el grupo entrevistado no percibe un reconocimiento explícito a sus fortalezas internas por parte de los profesionales sanitarios; aun así, el diálogo lleva a la reflexionar sobre la necesidad de un abordaje multidisciplinar.

**E.M.B:** *“Tras la operación y durante las fases de quimioterapia y radioterapia, el personal sanitario tuvo una sensibilidad especial; mucha comprensión y atención. Pero no diría expresamente que hubiese un reconocimiento verbal a las fortalezas personales.... incluso puede que ni supieran cuáles fueron, fuera a parte de que intentaba cuidar mi aspecto pese a la situación. Una vez superado el proceso ya caminas sola... en el sentido de que te ciñes a las revisiones periódicas estipuladas”.*

**M.S.B:** *“Respecto a si de alguna manera se ayuda a reforzar ese aspecto más anímico de la enfermedad, pues igual no directamente, pero siempre te están hablando desde una palabra amable. A través de terapias de grupo ese aspecto se trabaja mucho más que desde el propio gremio sanitario. Realmente, otra reflexión sería, ¿es esa la tarea del sanitario o se necesita un conjunto de satélites alternativos dedicados a un acompañamiento más psicológico?”.*

- Entrevista a enfermera

Con vistas a profundizar en el desarrollo resiliente, se creyó que el aporte de la siguiente entrevista enriquecería sustancialmente el trabajo, además de suponer grandes implicaciones para la práctica enfermera:

Tabla 7. Cuestionario de preguntas aplicado a enfermera

<ol style="list-style-type: none"><li>1- Para ti, ¿qué es la resiliencia y cómo se llega a ella?</li><li>2- ¿Concibes la resiliencia como una característica inherente a la persona o como un aprendizaje?</li><li>3- Desde tu experiencia clínica, ¿cómo es el desarrollo de la resiliencia en los supervivientes de cáncer?</li><li>4- ¿Crees que en el contexto de enfermedad, y en concreto, en el período de supervivencia de cáncer, se trabaja lo suficiente desde la potenciación de las fortalezas internas?</li><li>5- ¿Qué implicaciones tiene la resiliencia a nivel de enfermería? ¿Qué aspectos deben reforzarse para potenciarla?</li></ol>
--

Fuente: Elaboración propia

A pesar de la variabilidad existente en torno al constructo de resiliencia, el análisis cualitativo de estas respuestas concluye que se trata de una variable en continuo desarrollo, susceptible de ser entrenada y potenciada:

**B.B.D:** *“La resiliencia no es una característica que la gente tiene o no. Va más allá; incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona que se lo proponga. Debemos desechar desde ya que el ser resiliente es un ser extraordinario. Todos tenemos la capacidad y debemos saberlo”.*

Sin embargo, la realidad es que no todos los supervivientes transcurren el proceso oncológico de forma resiliente:

**B.B.D:** *“No todos los pacientes supervivientes viven su proceso como resilientes... La resiliencia engloba una serie de comportamientos, pensamientos y acciones, pero ésto no viene dado por el momento en el que se encuentran. La capacidad de desarrollo de resiliencia requiere de un aprendizaje a lo largo de la vida; requiere de la interacción entre la persona y el entorno”.*

El interés que suscita el proceso de resiliencia viene demostrado por las observaciones de esta enfermera, dada su experiencia en el plano de cáncer:

**B.B.D:** *“Desde la consulta de enfermería se puede observar que la resiliencia es más evidente en aquellas personas que son capaces de comprometerse consigo mismas, que creen en su capacidad de avanzar y se muestran proactivas; asumen responsabilidades y por último, enfrentan la situación de cáncer como un reto, un momento de parada necesaria, de reflexión y de aprendizaje. No significa que no lo vivan con rabia, con cólera, como un proceso de peligro o amenaza... Son individuos que lo viven como una oportunidad para la mejora personal dando prioridad a las emociones positivas que les cargan de energía y coraje”.*

Una vez detectado el desarrollo de la resiliencia entre los pacientes supervivientes, la entrevistada se dedica a abordar este aspecto desde el campo de enfermería. Para ello describe las competencias que como profesionales garantes del cuidado han de poseerse:

**B.B.D:** *“Analizar el constructo de la resiliencia requiere a su vez revisar nuestra propia capacidad de resiliencia y la creencia en la misma... En la consulta de enfermería tenemos la posibilidad de contribuir a ello.*

*Debemos adquirir el compromiso de implicar a los pacientes en el protagonismo de su proceso; debemos favorecer que sea el paciente quien entienda que no somos nosotros, sino ellos, responsables de su cuidado. Nosotros estamos para cuidar, sí, pero sobre todo para acompañar, orientar y enseñar a cuidar. No es fácil para nosotros, como potenciales individuos enfermos que podemos ser... Vivir una experiencia como el cáncer, con lo que supone de ruptura, enfrenta al individuo al dolor, a la pérdida de autonomía, al miedo, a la muerte... pero también a la vida. Nos enseñan a vivir a futuro, a vivir enfocados al éxito, pero frecuente olvidan (olvidamos) mostrar a nuestros iguales que como seres humanos tenemos los recursos necesarios para enfrentarnos al camino, sea cual sea. Somos supervivientes: unos lo saben y otros necesitan que se lo recuerden y que les ayuden a reconocer cuáles son esos recursos. Y ahí, como profesionales de la salud, preocupados por una buena gestión del proceso, debemos hacernos presentes...”.*

## 5. LIMITACIONES Y PLANTEAMIENTO DE LÍNEAS DE MEJORA

La revisión de la literatura existente ha permitido dar respuesta a la pregunta de investigación formulada al principio del trabajo. Es más, se ha constatado que la mayor parte de los resultados reconoce la resiliencia entre los supervivientes de cáncer en el período postoperatorio y a largo plazo.

A la vista de los resultados, puede concluirse que las personas resilientes no sólo mantienen

patrones de funcionamiento estables, sino que además se benefician de una mejora en su calidad de vida.

Paralelamente, el abordaje de este tema ha sido determinante para distinguir, entre la gran variedad de recursos resilientes analizados por la literatura, aquellos con mayor grado de evidencia en el paciente oncológico. Por una parte, la bibliografía consultada ha identificado los siguientes factores: el optimismo inteligente, el afrontamiento activo, la autoeficacia y el apoyo social. Al mismo tiempo, del análisis interpretativo de las entrevistas surgen 4 nuevos elementos: la búsqueda de significado, el mantenimiento de las actividades diarias, el sentido de coherencia y el humor.

A este respecto, es necesario mencionar que el propósito del trabajo no se centra en la detección de las variables con más influencia en el perfil resiliente, sino en la búsqueda de aquellos que son más susceptibles de ser potenciados por enfermería.

No obstante, en base a la evidencia disponible, no ha sido posible determinar con exactitud la relación de variables como el tiempo, la edad, la quimioterapia y el estadiaje tumoral con la resiliencia. En el caso del cáncer de mama, llama la atención que no se haya detectado que el tipo de cirugía (conservadora o parcial) interfiera en la resiliencia psicológica; éste aspecto podría ser de interés de cara a futuros análisis.

Es un hecho destacable que la dificultad principal del proceso de búsqueda radica tanto en la aplicación de criterios restrictivos (cáncer como experiencia NO traumática, fases de supervivencia extendida y a largo plazo...) como en la falta de una clara delimitación del concepto "superviviente".

Otra de las dificultades que emerge de este proyecto es la inexistencia de un acuerdo alrededor del constructo de resiliencia. Ante la gran variedad de factores que intervienen en esta variable,

existen discrepancias con respecto a su medición. Este hecho sugiere la unificación de criterios en una única escala de medida.

Así mismo, cabe señalar que a pesar de que las entrevistas han posibilitado la aproximación a vivencias personales, el pequeño tamaño de la muestra y la heterogeneidad en cuanto a sus características (tipo de cáncer, curso de la enfermedad y modalidad terapéutica) hacen que las conclusiones obtenidas no sean extrapolables a un colectivo tan heterogéneo como el oncológico.

Sin embargo, tomando en consideración que la mayoría de los estudios centra su atención en las posibles secuelas emocionales derivadas del cáncer, se cree que la realización de esta revisión constituye un precedente de gran valor de cara a construir modelos de intervención más apreciativos.

De forma simultánea, a partir del presente análisis emanan vías de mejora a tener en cuenta en futuras líneas de investigación. Se sugiere, por un lado, el desarrollo de guías que contemplen la supervivencia como parte integral del proceso oncológico, ya que a nivel nacional se ha trabajado sobre un único plan de referencia.

Por otro lado, puesto que la gran mayoría de los artículos se limitan al estudio de la resiliencia en el ámbito de las ciencias sociales (pedagogía, psicología...), sería conveniente profundizar en artículos de aplicación a enfermería.

De acuerdo con los autores incluidos en esta revisión, otra de las limitaciones identificadas se relaciona con la naturaleza predominantemente transversal de las investigaciones. Dado que la resiliencia hace referencia a un proceso dinámico en continua evolución, una interesante línea de trabajo podría ser la realización de estudios longitudinales.

## 6. CONCLUSIONES

- Si bien no se ha llegado a un acuerdo acerca de la resiliencia, se requiere avanzar hacia una visión procesual del término. Constituye un concepto de naturaleza dinámica y carácter interactivo, en ningún caso reducible a la esfera individual, pues el entorno constituye un activo importante en la evolución resiliente.
- A pesar de la ruptura que supone en la vida del individuo una experiencia como el cáncer, también surge en ella una oportunidad de cambio e impulso hacia el fortalecimiento y el crecimiento personal.
- La resiliencia tiene un impacto directo y determinante sobre la calidad vital del superviviente oncológico, en términos de salud global, así como en el área física, emocional, social e incluso sintomatológica.
- Trabajar bajo modelos de salud positivos basados en las potencialidades y fortalezas del paciente oncológico ha de ser un objetivo “sine qua non” para los sistemas sanitarios, con el objeto de garantizar una mejora de la calidad de vida en este colectivo.
- La actuación de los profesionales de enfermería, en coordinación con el resto de profesionales de la salud, resulta ineludible en la labor de identificar, promover, entrenar y mejorar los recursos resilientes del individuo.
- En síntesis, se determina una amplia gama de factores en relación a la resiliencia: el optimismo, el afrontamiento activo, la autoeficacia, el apoyo social, el sentido de coherencia, la búsqueda de significado, el mantenimiento de las actividades diarias y el sentido del humor. No obstante, no se han obtenido resultados concluyentes con respecto a variables como el tipo de cirugía o la linfadenectomía. Tampoco existe un consenso universal en cuanto

al tiempo transcurrido desde el diagnóstico o tratamiento, la edad, el estadiaje tumoral y la quimioterapia.

- Deviene necesario agrupar los factores favorecedores de la resiliencia en torno a un único instrumento de medida, a fin de facilitar el reconocimiento de este fenómeno y posibilitar la aplicación de modelos interventivos más eficaces.

## 7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### 7. 1 Justificación

El motivo que justifica el interés por la elaboración de la siguiente propuesta es fruto de los resultados obtenidos a partir de la revisión bibliográfica y de las entrevistas realizadas.

A raíz de las conclusiones extraídas, queda claro que enfermería desempeña un papel trascendental en la promoción de la resiliencia. Además, el hecho de que sea una variable de gran influencia sobre la calidad vital del paciente oncológico nos recuerda que como profesionales de la salud debemos atender no sólo a cuánto se vive, sino también a cómo se vive.

Si bien es cierto que actualmente enfermería dispone de una intervención NIC (Nursing Interventions Classification) en relación al fomento de la resiliencia, se objetiva que sus actividades van exclusivamente dirigidas al ámbito infantil y adolescente. En efecto, dicha intervención se incluye en la clase “cuidados de crianza de un nuevo bebé” y en ningún caso se hace referencia a la población adulta (menos aún al colectivo oncológico) (49).

Sin lugar a dudas, la infancia puede ser un momento decisivo en el inicio del desarrollo resiliente. Sin embargo, la realidad es que a partir de la revisión abordada se ha visto que la resiliencia no

sigue un curso estable; de hecho, puede alterarse debido a condiciones como la enfermedad, y es ahí donde enfermería debe hacerse presente.

A través de estas reflexiones, se detecta la necesidad de plantear una propuesta de desarrollo resiliente que sirva como base para futuros protocolos de actuación en el marco de la oncología.

## **7.2 Objetivos**

### *7.2.1 Objetivo general*

Proponer un plan de fomento de la resiliencia entre la población oncológica adulta.

### *7.2.2 Objetivos específicos*

-Acompañar en el proceso de aceptación de este suceso como parte del ciclo vital.

-Favorecer la reflexión del paciente sobre sí mismo, dirigiéndole hacia la búsqueda de sus fortalezas internas y recursos sociales.

-Proporcionar herramientas que permitan desarrollar las capacidades individuales y sociales del paciente.

## **7.3 Metodología**

Para la elaboración de la presente propuesta se consultó la base de datos Pubmed, por ser de gran valor en el campo de la biomedicina. Con el objetivo de llegar a resultados específicos, se elaboró una estrategia de búsqueda basada en los siguientes términos MeSH: resilience, psychological ; neoplasms ; adult.

Se aplicaron los filtros de texto completo gratuito, idioma (en inglés y español) y población adulta (mayores de 19 años). A su vez, se estableció un límite de antigüedad de 5 años, con el fin de adecuar los resultados a la evidencia más actual.

Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 49 artículos. De acuerdo a los objetivos establecidos al inicio del trabajo, se desecharon todos aquellos artículos relacionados con el concepto de “crecimiento postraumático”. Los estudios restantes fueron excluidos por no ser de interés para la aplicación práctica de la resiliencia, teniendo en cuenta que la gran mayoría de éstos centraba su atención en la disminución de la resiliencia entre el propio personal de enfermería, en relación al síndrome de “burn-out”. Finalmente se seleccionó un único artículo, que constituyó una base sólida para determinar las actuaciones más apropiadas.

Además, el diseño de esta propuesta ha seguido las directrices establecidas por un protocolo de intervención psicológica, basado en la promoción de la resiliencia entre población adulta sometida a un compendio de condiciones estresantes.

Igualmente, para la planificación de estrategias de capacitación en resiliencia como el “mindfulness”, se utilizó una dinámica de base psicoterapéutica proporcionada por el centro de asistencia psicológica ISEP Clínic Vitoria.

Es un aspecto a tener en cuenta que pese a la diversidad de recursos discutidos por la literatura, este programa se dirige principalmente al fortalecimiento de aquellos que han sido demostrados a lo largo del trabajo actual, y para los que se han demostrado intervenciones eficaces. En este sentido, la evidencia actual únicamente describe estrategias resilientes para los siguientes factores del trabajo: optimismo, afrontamiento activo, autoeficacia, apoyo social y sentido de coherencia (82,83) (ver Tabla 8).

Tabla 8. Resumen de intervenciones eficaces para los factores resilientes

	Psychological interventions for resilience enhancement in adults (protocol) (82)	Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients (83)
Optimismo	-Terapia de atención plena: Mindfulness	-Discusión de grupo -Técnica de "Role-playing"
Afrontamiento activo	-Diseño de plan de acción	-Ejercicios de respiración y meditación para control de sintomatología (dolor, fatiga, pensamientos intrusivos...)
Autoeficacia	-Recordatorio de afrontamiento a hechos previos -Apoyo a la identificación de fortalezas personales y otras fuentes de autoeficacia	-Reconducción de planteamientos irracionales acerca del manejo de expectativas futuras (recurrencias, tratamientos, secuelas...)
Apoyo social	-Reflexión de la red social actual (magnitud, aspectos favorables y/o desfavorables...) -Instrucción en habilidades de comunicación	-Ejercicios de comunicación (ej. cartas de expresión emocional a familiares) -Establecimiento de relaciones recíprocas y no-jerárquicas (ej. contacto con otros supervivientes)
Sentido de coherencia	-Reflexión de los recursos (internos y externos) e impulso hacia su puesta en práctica	-Construcción de narrativa individual (ej. escritura expresiva)

Fuente: elaboración propia

## 7.4 Planificación

### 7.4.1 Participantes

La presente propuesta de intervención va dirigida a toda persona adulta (mayor de 18 años) que habiendo sido diagnosticada de cáncer entre los estadios I y III, sea atendida en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Se elaborarán carteles informativos (ver Anexo 15) para la difusión del programa y será condición indispensable que la participación sea voluntaria.

Se delimita este rango de estadiaje debido a que generalmente los estadios locales y regionales presentan pronósticos más favorables que los metastásicos; se considera que esto aumentaría la posibilidad de beneficiarse de este programa. Sin embargo, dado que la experiencia de cáncer es única para cada individuo, los casos han de ser valorados de forma particular.

#### 7.4.2 Cronograma

De acuerdo a la evidencia disponible, se ha visto que los programas implementados en el período más inmediato al diagnóstico, paralelamente a los tratamientos, han logrado mayores efectos en la resiliencia de los pacientes oncológicos (83).

En base a la idea anterior, se cree que dotar a los pacientes de herramientas al inicio de la enfermedad contribuirá de forma significativa a su desarrollo resiliente. Esto posibilitará su reconstrucción personal, y por ende, afrontarán el período de supervivencia confiando en sus propios recursos.

El taller se desarrollará en torno a cinco sesiones, distribuidas semanalmente (ver tabla 5).

Tabla 9. Planificación de las sesiones del taller

SESIÓN 1. Próxima parada: Resiliencia	<i>Actividad 1.</i> Cuestionario de evaluación <i>Actividad 2.</i> Metáfora de la bicicleta
SESIÓN 2. ¡Acción!	<i>Actividad 3.</i> Lectura del texto “escalando la montaña” <i>Actividad 4.</i> Plan de actuación
SESIÓN 3. Aquí y ahora	<i>Actividad 5.</i> Folleto informativo “aquí y ahora” <i>Actividad 6.</i> Técnica guiada de atención plena
SESIÓN 4. Descubre tus fortalezas	<i>Actividad 7.</i> Situación de superación
SESIÓN 5. Construyendo el futuro	<i>Actividad 8.</i> El antes y el después <i>Actividad 9.</i> Cuestionario de evaluación

*Fuente: Elaboración propia*

#### 7.4.3 Recursos

- Recursos humanos

El programa será liderado por un profesional de enfermería, puesto que generalmente es considerada como la figura de referencia más cercana al paciente durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, visto que la gran mayoría de las intervenciones de capacitación en resiliencia se fundamenta en procedimientos psicoterapéuticos (82), será imprescindible la colaboración de un psicólogo para la planificación de las sesiones.

- Recursos materiales y espaciales

A través del presente taller se pretende favorecer un ambiente de expresión, elaboración e intercambio de experiencias emocionales.

Para ello se requerirá de un aula hospitalaria que disponga del mobiliario (sillas y mesas) y el material mínimo (ordenador con conexión a internet y proyector exigible para el desarrollo de las actividades.

#### *7.4.4 Actividades*

Según las publicaciones más recientes, los programas de intervención en resiliencia obtienen resultados más satisfactorios al implementarse de manera presencial (82). En línea con esta idea y a fin de favorecer un vínculo terapéutico de confianza, las actividades de este taller se aplicarán cara a cara.

Las actividades se organizarán en grupos de un máximo de 10 personas, con el fin de asegurar la integración de los conocimientos. Al ser un equipo compuesto por pares que atraviesan la misma experiencia, surgen miedos e inquietudes comunes, lo que conducirá a un sentimiento de identidad compartida y propiciará la cohesión grupal.

Habida cuenta de que las estrategias de intervención difieren en función del factor que pretende ser reforzado en cada sesión, se detalla a continuación cada una de las sesiones, describiendo el contenido, la metodología, la temporalización, los objetivos y los recursos específicos.

<b>SESIÓN 1. Próxima parada: Resiliencia</b>	
Objetivo	-Comprender el concepto de resiliencia y sus características principales -Reconocer el valor de la resiliencia en la adversidad
Metodología	<i>Actividad 1.</i> Cuestionario de evaluación (Anexo 16) <i>Actividad 2.</i> Metáfora de la bicicleta
Duración	45 minutos
Recursos materiales	-10 fotocopias del cartel informativo -10 fotocopias del cuestionario de evaluación -Ordenador -Proyector
Desarrollo	<p>Con el principal objetivo de que cada paciente valore su evolución personal a lo largo del taller, se ha diseñado una breve encuesta de tipo ad-hoc para ser aplicada tanto en la primera como en la última sesión. Además, esta evaluación permitirá a los profesionales comprobar los beneficios del programa.</p> <p>Se trata de un cuestionario de seis ítems basados en los factores que tratarán de reforzarse durante el taller: el optimismo, el afrontamiento activo, la autoeficacia, el apoyo social y el sentido de coherencia. Cada participante deberá mostrar su grado de conformidad con cada enunciado, en una escala del 1 (nunca) al 5 (siempre).</p> <p>La sesión continuará con un enfoque psicoeducativo, dirigido por enfermería. A través del cartel informativo elaborado para el taller, se expondrá una metáfora que servirá de vehículo para introducir a los sujetos en el concepto de resiliencia. Además, se llevará a cabo la entrega del mismo, lo que ayudará a afianzar lo aprendido y motivará a cada integrante en su proceso de desarrollo personal.</p>

Al final de la sesión se ofrecerá un espacio para la reflexión y el planteamiento de inquietudes relacionadas con el taller.

## **Actividad 2. Metáfora de la resiliencia**

---

“-Seguramente hayáis escuchado el término “resiliencia” en escenarios diferentes. Sin embargo, muchos no entenderéis en qué consiste realmente este concepto y quizás este sea el motivo que os ha transportado al taller.

-Si dedicáis un segundo a observar la bicicleta que aparece en el cartel de invitación a este programa (ver anexo 3.1), os percataréis, en un vistazo general, de todo lo que necesitamos para comenzar la aventura.

-A simple vista, la presencia de una sólo **rueda** nos recuerda que no se trata de una bicicleta convencional. Lo cierto es que hay una experiencia que irrumpió con fuerza en nuestras vidas y por un momento, nos hizo perder el equilibrio. A pesar de la dificultad, la presencia de una rueda permite que la bicicleta funcione desde el lugar donde la vida nos coloca involuntariamente.

-Seguramente habréis sido invitados a tirar la toalla. Aquí, **las nubes** nos hacen tener en mente que no debemos sobreponernos ante una situación como ésta, la cual nos causa dolor y nos conduce a un continuo estado de tensión. Lejos de distanciarnos de estas emociones, la resiliencia empieza por aceptarlas, como si de una casa de huéspedes se tratara.

-Las **gafas** nos remiten a la introspección. Los períodos de crisis nos ayudan a conocernos, autoexplorarnos... para a partir de ahí planear aquellas estrategias que nos hagan avanzar en el trayecto. Recordar cómo superaste con éxito retos anteriores te ayudará a lidiar con tus inseguridades.

-El **manillar** nos recuerda la importancia de trazar el sentido hacia nuevos horizontes; de adueñarnos de la situación y enfrentarnos a ella con determinación. Será importante que diseñes un plan para no perder de vista tus objetivos

-Los **pedales** nos ayudan a poner la mirada en el futuro. A mitad de camino, el esfuerzo, la perseverancia y el compromiso transformarán la fuerza en **alas**. Éstas representan el conjunto de aptitudes que poseemos y que con frecuencia olvidamos. Estamos aquí para recordártelo.

-El movimiento de las aspas (familia, amigos...) que conforman la **hélice** representa el mecanismo de propulsión más importante de este camino.

-Los **globos** nos llevan a construir el significado de esta experiencia, asumiéndola como parte de un reto.

-Somos seres humanos vulnerables y la enfermedad nos lo evidencia, pero tenemos la capacidad suficiente para resurgir de las profundidades”.

<b>SESIÓN 2. ¡Acción!</b>	
Objetivo	-Familiarizar a los participantes con el uso de estrategias activas de afrontamiento en circunstancias difíciles
Metodología	<i>Actividad 3. Texto “escalando la montaña”</i> <i>Actividad 4. Plan de actuación</i>
Duración	30 minutos
Recursos materiales	-Ordenador -Proyector -10 fotocopias de las preguntas del plan de actuación
Desarrollo	La segunda sesión comienza con un texto que la enfermera leerá en voz alta y

proyectará ante el grupo. Esta actividad no sólo posibilita el aprendizaje activo, sino que también sirve para motivar al grupo en su proceso y acordar el establecimiento de metas realistas y factibles.

Seguidamente, cada usuario deberá completar una serie de preguntas. De esta manera, los individuos serán capaces de analizar las posibles dificultades que encontrarán en la consecución de sus propósitos, así como de determinar conductas significativas en base a valores y pequeños pasos a dar. Todo ello propiciará el afrontamiento adaptativo de la enfermedad.

### **Actividad 3. Texto “escalando la montaña”**

---

“-Imagina que estás escalando una montaña desde cuya cima se divisa una vista espectacular. Estás a medio camino cuando llegas a una pendiente donde el sendero es estrecho y rocoso. En este mismo instante comienza a diluviar. Estás mojado y tienes frío, avanzas con dificultad por ese camino empinado y resbaladizo, se te están cansando las piernas y te cuesta respirar. Y empiezas a preguntarte: “¿Por qué nadie me dijo que iba a ser tan duro?”.

En este momento tienes dos opciones: regresar o seguir hacia adelante. Si sigues no es porque quieras pasar más frío, mojarte más aún y estar más agotado, sino porque deseas la satisfacción de llegar a la cumbre y disfrutar de esas magníficas vistas. Estás dispuesto a soportar el malestar no porque quieras o porque te divierta, sino porque se interpone entre ti y el sitio al que quieres llegar”.

### **Actividad 4. Plan de actuación**

---

*Mi objetivo es:*

---

---

*Las razones por la que quiero llegar a mi objetivo son:*

---

---

*Los pensamientos, sentimientos, sensaciones e impulsos que estoy dispuesto a tener a fin de alcanzar ese objetivo son:*

---

---

*Sería útil recordarme a mí mismo que:*

---

---

*Puedes dividir este objetivo en pasos más pequeños como:*

---

---

*El paso más pequeño y fácil con el que puedo empezar es:*

---

---

<b>SESIÓN 3. Aquí y ahora</b>	
Objetivo	-Promover el hábito de la meditación -Impulsar el desarrollo del optimismo inteligente
Metodología	Actividad 5. Folleto informativo "aquí y ahora" Actividad 6. Técnica guiada de atención plena

Duración	30 minutos
Recursos materiales	10 folletos informativos “aquí y ahora”
Desarrollo	<p>En primer lugar, se repartirán folletos informativos que instruirán al grupo acerca de recomendaciones básicas asociadas a la atención plena y su puesta en práctica.</p> <p>Más adelante, el/la profesional de enfermería guiará un ejercicio de entrenamiento en “mindfulness”, a partir del cual se les anima a los participantes a que integren la práctica en su rutina diaria (incluso de manera previa a los tratamientos, pues se cree que puede aliviar la sensación de malestar asociada). Será oportuna la entrega del ejercicio en formato de grabación de voz.</p> <p>Dado que la dinámica consiste en hacer un escaneo corporal a través de la respiración y ésta sucede en el momento presente, los pacientes serán capaces de permanecer en el ahora. Además, frente a una circunstancia que no puede modificarse, esta actividad facilita el reconocimiento y la validación de las emociones, lo que fomentará el desarrollo de una actitud ecuánime ante el proceso de enfermedad.</p> <p>Para finalizar, resultaría interesante aunar las experiencias individuales de aprendizaje, analizando cómo se han sentido a lo largo de la práctica y detectando las dificultades percibidas.</p>

## Actividad 5. Folleto informativo “aquí y ahora”



COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA



### AQUÍ Y AHORA

**NO HAY UNA FORMA CORRECTA**

Es una experiencia personal. Lo más importante es que aprendas a conocerte a través de un estado de calma.



**ENCUENTRA TU ESPACIO**



Escoge un ambiente tranquilo y sin distracciones en el cual te sientas cómodo y seguro.

**DEFINE UNA RUTINA**

Crea un hábito de práctica, tratando de mantener un horario regular. Puedes realizarlo al levantarte, después del café, antes de acostarte... incluso antes del tratamiento.



**ELIMINA FALSAS EXPECTATIVAS**



No se trata de dejar la mente en blanco. Tampoco de frenar tus sentimientos, sino de aprender a observarlos sin establecer ningún tipo de juicio.

**NO TE DESANIMES!**

Es normal que al principio tu mente se disperse constantemente. Pero... cuando pierdas la atención, vuelve a conectarte con tu respiración.



## **Actividad 6. Técnica guiada de atención plena**

---

“-Estamos aquí para acompañarte en tu proceso de creación de hábito... Siéntate cómodamente y cierra los ojos. Siente tu espacio de práctica; percibe sus sonidos, sus olores y su temperatura, dejando que tus sentidos absorban el espacio que te rodea. Sólo permite que lleguen a ti al igual que tus pensamientos, dejándolos fluir libremente.

-Tómate un momento para encontrar una posición cómoda y alineada. Mantener la espalda recta pero no tensa te ayudará a sostener una respiración adecuada. Permite que tu cabeza descansa cómodamente sobre tus hombros y que éstos se relajen. Inclina tu cuerpo hacia delante y hacia atrás.

-Muévete hacia la izquierda y a la derecha, como si fuera un péndulo que oscila de un lado a otro... Regresa de nuevo al centro neutral, permitiendo que tu cuerpo descansa en su forma natural. Desde esta postura, comienza a respirar de forma pausada y profunda. Inhala profundamente por la nariz, llena tu barriga y exhala. Lentamente empieza a concentrarte en cada respiración y observa el aire fresco que inhalas y el aire cálido que exhalas. Intenta sentir el cómo tu cuerpo sube y baja con cada respiración, dónde sientes ese movimiento...

-Ahora simplemente permite que tu cuerpo respire por sí mismo a su propio ritmo; tu cuerpo inhala y exhala cómodamente sin esfuerzo. Descansa en el espacio de quietud y silencio que hay entre las respiraciones, esperando a que tu cuerpo reinicie la respiración por sí mismo sin esfuerzo.

-Si tu mente divaga y te distraes, simplemente regresa tu atención a la respiración.

-Comienza por visualizar tu brazo derecho. Concéntrate en la sensación de relajación que sucede en

tu mano derecha, en el antebrazo y en todo el brazo; date permiso para habitar esta sensación.

-Centra ahora tu atención en el brazo izquierdo y contacta con las sensaciones que suceden en él.

-Ahora lleva tu atención a los hombros; observa cómo se relajan y libéralos del peso que cargan.

-Vamos a relajar el cuello. Puede ayudarte el moverlo lentamente, de un lado hacia otro, como si te dieras permiso de decir que no. Ahora mueve tu cabeza hacia arriba y abajo, como si dieras una respuesta afirmativa.

-En este momento, enfoca tu atención en tu rostro. Observa cómo se relaja cuando le atiendes.

-Aprecia tu abdomen y siente las sensaciones agradables que con tu respiración transmites a esta zona de tu cuerpo.

-Presta atención a la parte media y baja de tu espalda. Los músculos se aflojan y quedan blandos y tranquilos. Suelta las tensiones y todas las emociones acumuladas...

-Dirígete hacia la pierna derecha y percibe cómo ésta se relaja progresivamente. Céntrate ahora en tu pierna izquierda y baja hasta la punta del pie izquierdo.

-Disfruta durante unos segundos de estas sensaciones y siente cómo tu mente también se renueva... Tienes derecho a sentirte tranquilo y relajado.

-Ahora sí, todo tu cuerpo se ha relajado (los brazos, el cuello, la cara, los hombros, el abdomen, la

espalda y las piernas). Mantén este estado de calma y regresa con tu conciencia hacia la misma dirección desde la que partiste. Por unos segundos, deja que tu respiración siga su curso y que tu mente fluya sin restricciones.

-De nuevo, conéctate con los sonidos, con el espacio de tu alrededor... Cuando estés listo, abre los ojos y dedica un momento a observar cómo te sientes: ¿te sientes diferente?”

<b>SESIÓN 4. Descubre tus fortalezas</b>	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Propiciar la identificación de los recursos personales y sociales ante situaciones desafiantes</li> <li>-Fomentar la reflexión sobre su red de apoyo social</li> <li>-Reforzar el sentido de la autoeficacia.</li> </ul>
Metodología	<i>Actividad 7. Situación de superación</i>
Duración	30 minutos
Recursos materiales	10 fotocopias del material “situación de superación”
Desarrollo	<p>La actividad consistirá en pedir a los participantes que recojan en una tabla experiencias significativas previas de superación personal. A través de su realización, se pretende motivar a los pacientes para afrontar con seguridad y confianza las adversidades posteriores.</p> <p>Una vez realizado el trabajo individual, se les invitará a que señalen en voz alta un adjetivo en el que se vean reflejados. También pueden explicitar sus vínculos de apoyo más relevantes. Seguidamente, deberán explicar ante el grupo cómo esos recursos pueden ayudarles a manejar la dificultad que atraviesan.</p>

## Actividad 7. Situación de superación

<i>Momento complicado o de cambio en mi vida</i>	<i>¿Cuáles fueron las cualidades o recursos que me ayudaron a afrontarla exitosamente?</i>	<i>¿Conté con apoyo? ¿Qué tipo de apoyo?</i>	<i>¿Cuál fue mi mayor aprendizaje?</i>

<b>SESIÓN 5. Construyendo el futuro</b>	
<b>Objetivo</b>	-Construir un relato coherente de su historia vital -Promover la comprensión de los desafíos de la enfermedad como un estímulo positivo para el cambio
<b>Metodología</b>	<i>Actividad 8.</i> El antes y el después <i>Actividad 9.</i> Cuestionario de evaluación (Anexo 16)
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Recursos materiales</b>	-10 fotocopias del cuestionario de evaluación -10 fotocopias del material “el antes y el después” -Revistas -Periódicos -Tijeras -Pegamento -Rotuladores de colores

## Desarrollo

La última sesión irá dirigida a conocer cómo cada sujeto percibe su enfermedad y la manera en la que ha elaborado su proceso. Esto no sólo les ayudará a conocer y a aceptar la experiencia, sino que permitirá a los profesionales completar la visión de los pacientes para a partir de ahí, construir un relato vital coherente.

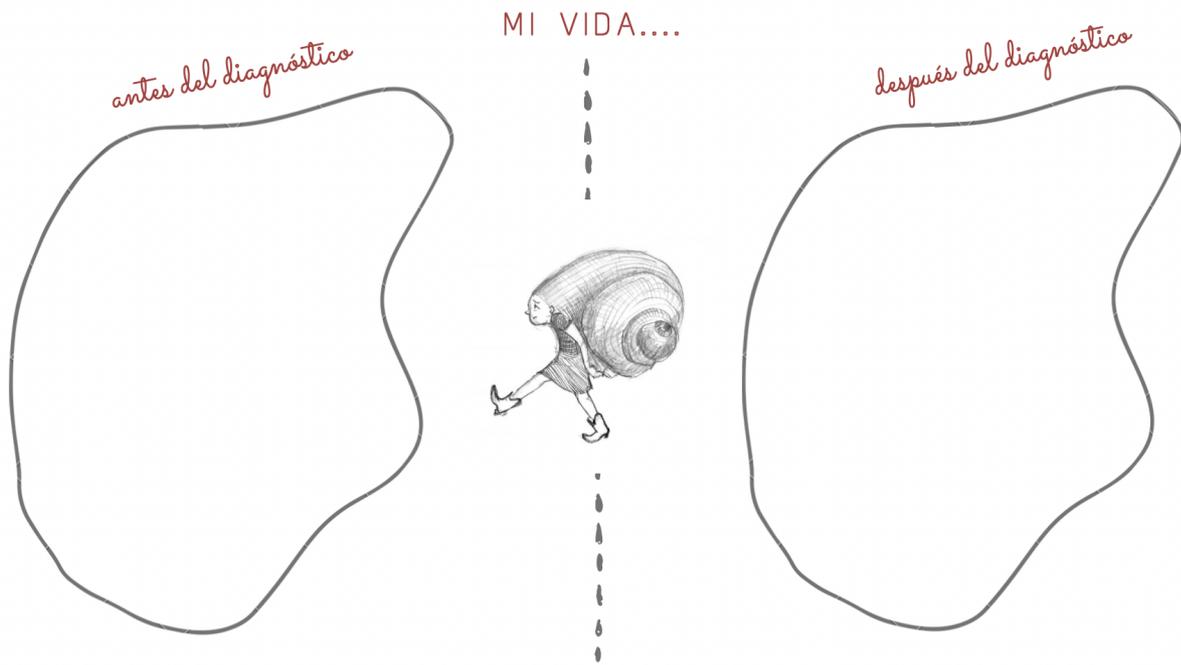
Para ello, se sugerirá la realización de dos “collages” a través de recortes de revistas, periódicos... En el de la izquierda, cada participante tratará de plasmar su historia de vida hasta el momento del diagnóstico. La parte de la derecha pretende dar continuidad a los relatos individuales, pues contempla las expectativas de futuro dándoles un sentido a las vivencias pasadas.

Como tarea individual para casa, se recomendará la elaboración de un diario, a fin de integrar la experiencia del cáncer en la historia de vida. Se considera que el dedicar 15-20 minutos diarios a la escritura permitirá la introspección, la reflexión y transformación personal. Los resultados se traducirán en la atribución de nuevos significados para la experiencia.

El programa concluirá con el cuestionario que los participantes rellenaron al inicio. Sin embargo, teniendo en cuenta que la resiliencia es un proceso de aprendizaje incesante, posiblemente su evolución no será valorable en un período de cinco semanas. Debido a esta razón, sería recomendable estudiar los efectos de la intervención a largo plazo mediante seguimientos telefónicos rutinarios. Además, la utilización de aplicaciones de comunicación gratuitas puede ser una alternativa al seguimiento telefónico, ya que además de fortalecer la continuidad, permite la realización de ejercicios de capacitación en resiliencia sin limitaciones de tiempo o ubicación.

**Actividad 8. El antes y el después**

---



## 8. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera extender mi agradecimiento más sincero a Raúl, director de este trabajo, quien no dudó en abrirme las puertas de su experiencia y desde su dedicación, paciencia e ilusión, ha sido mi acompañante a lo largo de este arduo recorrido.

En este proceso en el que me encuentro a mitad de camino, *a mis amigas*, que me enseñan a diario el arte de vivir.

*A Itxa*, mi refugio y mayor fuente de resiliencia. Pronto estaremos ahí otra vez.

*A Bea*, “carne, emoción, emoción y emoción”, quien me agarró fuerte al inicio del viaje y me hizo comprender que el dolor esconde el poder mágico de transformarse en la mayor obra maestra.

*A mi madre, a mi hermano y a “abu”*, los tres pilares de mi vida. Por combatir contra mi desconfianza y permitir que el esfuerzo de tantos años se convierta en realidad. Este trabajo también es de ellos.

Pero en especial a ti, *papá*, en un allá que siempre será aquí. Me diste la determinación para despegar esta aventura y hoy nos reencontramos para celebrar que el creer y el crear están tan sólo a una letra de diferencia. Lo conseguimos...

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer [Internet]; [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/topics/cancer/es>
2. Salaverry García O.E. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2013 [citado 4 de diciembre de 2020]; 30 (1): 137-141. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-4634201300001000026&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-4634201300001000026&lng=es).
3. Asociación Española contra el Cáncer (AECC). ¿Qué es el cáncer? [Internet]; [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tratamiento del cáncer [Internet]; [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/cancer/treatment/es/>
5. Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Elección del tratamiento [Internet]; [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tratamientos/eleccion-tratamiento>
6. The Global Cancer Observatory (GCO). All cancers [Internet]; 2020 [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://gco.iarc.fr/today/home>
7. The Global Cancer Observatory (GCO). Estimated number of new cases from 2020 to 2040 both cases, [age 0-85+] [Internet]; 2020 [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>
8. Observatorio Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Incidencia [Internet]; 2018

[citado 10 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://observatorio.aecc.es>.

9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte [Internet]; 2019 [citado 10 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Causas del cáncer [Internet]; 2021 [citado 4 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por período y sexo. Brecha de género. España. [Internet]; [citado 10 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres\\_hombres/tablas\\_1/l0/&file=d01001.px#!tabs-tabla](https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/l0/&file=d01001.px#!tabs-tabla)
12. American Cancer Society (ACS). Cancer treatment & survivorship. Facts and figures 2019-2021. [Internet]; 2019 [citado 12 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf>
13. Red Española de Registros de cáncer (REDECAN). Supervivencia de cáncer en España 2002-2013. [Internet]; 2020 [citado 12 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://redecn.org/redecn.org/es/Informe\\_Supervivencia\\_REDECAN\\_2020.pdf](https://redecn.org/redecn.org/es/Informe_Supervivencia_REDECAN_2020.pdf)
14. Real Academia Española. Cáncer. En Diccionario de la lengua española (23ª ed) [Internet]; [citado 12 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://dle.rae.es/cáncer>
15. Holland J.C. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med.* 2002; 64(2): 206-221. doi: 10.1097/00006842-200203000-00004.

16. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del Cáncer en España. [Internet]; 2020 [citado 16 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)
17. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer [Internet]; 2012 [citado 16 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [http://www.gepac.es/docs/informe\\_supervivientes.pdf](http://www.gepac.es/docs/informe_supervivientes.pdf)
18. Wronski , S.L. Defining cáncer survivor and cancer survivorship: the who, what and when. *Psicooncología*. 2015; 12(1): 7-18. doi: 0.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48900
19. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med*. 1985; 313 (4): 270-273. doi: 10.1056/NEJM198507253130421. PMID: 4010738.
20. National Cancer Institute (NCI). Supervivencia. [Internet]; [citado 16 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/supervivencia>
21. Feuerstein M. Defining cáncer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2007; 1(1): 5-7. doi: 10.1007/s11764-006-0002-x. PMID: 18648939.
22. Azevedo Abrantes de R., Fontão Zago M.M. Patient, cured, victim or survivor of urological cancer? A qualitative study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018; 26. doi: 10.1590/1518-8345.2715.3089.
23. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Largos supervivientes en cáncer [Internet]; 2020 [citado 18 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO\\_SEOM\\_LARGOS\\_SUPERVIVIENTES\\_I.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf)

24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Sobrevivencia [Internet]; [citado 18 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia-0>
25. Institute of Medicine and National Research Council. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. 2006. doi: <https://doi.org/10.17226/11468>
26. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Plan Integral a los Largos Supervivientes de Cáncer [Internet]; 2013 [citado 18 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN\\_INTEGRAL\\_LARGO\\_SUPERVIVIENTE.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN_INTEGRAL_LARGO_SUPERVIVIENTE.pdf)
27. Andrés Solana C.. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología [Internet]. 2005 [citado 18 de diciembre de 2020]; 28 (3): 157-163. Recuperado a partir de: <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/09.pdf>
28. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer [Internet]; 2018 [citado 22 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-cancer>
29. Da Silva G., Dos Santos M.A. Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2010. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400005>.
30. Vicente Pardo J. M., López Guillén García A. Problemas y factores psicológicos en el retorno laboral al trabajo tras incapacidad prolongada por cáncer de mama. Med.segur.trab. [Internet]; 2017 [citado 22 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2017000300245&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000300245&lng=es&nrm=iso)

31. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Informe encuesta sobre el cáncer en España [Internet]; 2019 [citado 26 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://observatorio.aecc.es>
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución [Internet]; [citado 26 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
33. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del SNS [Internet]; 2010 [citado 26 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
34. Asociación Española contra el Cáncer (AECC), Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (ECO). Necesidades no clínicas de los pacientes con cáncer y acompañantes en España [Internet]; 2018 [citado 26 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/eco\\_estudio.pdf](https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/eco_estudio.pdf)
35. Arrighi E., Jovell Albert J., Navarro M.D, Font A. Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*. 2014; 11(1), 117-128. doi: [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n1.44921](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44921)
36. Mitchell A.J, Ferguson D.W, Gill J., Paul J., Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivor compared with spouses and healthy controls. *Lancet Oncol*. 2013; 14(8): 721-732. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70244-4. Epub 2013 Jun 5. PMID: 23759376.
37. Cavallar Oriol B., García-Vivar C. Necesidades de los familiares en la etapa de larga supervivencia de cáncer. *Enfermería Oncológica*. 2019; 21(2), 42-51. doi: <https://doi.org/10.37395/seeo.2019.0006>

38. Lupano Perugini M.L., Castro Solano A. Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*. 2010; 4(1): 43-56. doi: 10.22235/cp.v4i1.110
39. Vera Poseck B. Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Pap Psicol* [Internet]. 2006 [citado 28 de diciembre de 2020]; 27 (1):3-8. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1417551>
40. Cerezo Guzmán M.V. Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Inform. Psicol* [Internet]. 2013 [citado 28 de diciembre de 2020]; 106: 17-27. Recuperado a partir de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/126/100>
41. Seiler A., Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry*. 2019; 10 (208). doi: 10.3389/fpsyt.2019.00208.
42. Vera Poseck B., Carbelo Baquero B., Vecina Jiménez M.L. La experiencia traumática desde la psicología positiva. *Pap. Psicol* [Internet]. 2006 [citado 28 de diciembre de 2020]; 27 (1): 40-49. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1417558>
43. Forés A., Grané J. Resiliencia: crecer desde la adversidad [Internet]. Barcelona: Plataforma; 2008 [citado 29 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.plataformaeditorial.com/uploads/La-resiliencia.pdf>
44. García-Vesga M.C, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica, *Rev. Latinoam. Cienc. Soc*. 2013; 11(1): 63-77. doi: 10.11600/1692715x.1113300812
45. Real Academia Española. Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española (23ª ed)* [Internet]; [citado 29 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://dle.rae.es/resiliencia>

46. Torrico Linares E., Santín Vilariño C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet S., López M.J. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *An. Psicol.* [Internet]. 2002 [citado 2 de enero de 2021]; 18(1): 45-59. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718103.pdf>
47. Eicher M., Matzka M., Dubet C., White K. Resilience in adult cancer care: and integrative literature review. *Oncol Nurs Forum.* 2015; 42(1):3-16. doi: 10.1188/15.ONF.E3-E16.
48. Mateo Cervera A.M., García Vivar C. Modelos de atención sanitaria en la supervivencia del cáncer y gestión de cuidados enfermeros. *Rev. Enferm. Oncológica.* [Internet]. 2019 [citado 2 de enero de 2021]; 21(1): 18-22. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6979992>
49. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 2 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <http://www.nnnconsult.com/>
50. Arriagada Gallardo, F., Concha J.. Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería. *Benessere Revista de Enfermería.* 2016; 1(1): 58-65. doi: <https://doi.org/10.22370/bre.11.2016.1339>.
51. National Cancer Institute (NCI). Preservación de la fertilidad mientras se combate el cáncer [Internet]; [citado 9 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/investigacion/preservacion-de-fertilidad>
52. López Ramírez E., González Flores E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología* [Internet]. 2005 [citado 9 de enero de 2021]; 28(3): 58-63. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=es).

53. Cortés Recaball J.E. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Cienc. Enferm.* 2010; 16(3): 27-32. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300004>.
54. U.S Department of Health & Human Services. Office for Human Research Protections (OHRP) The Belmont Report [Internet]; [citado 9 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
55. Wagnild G.M, Young H.M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* [Internet]. 1993 [citado 14 de enero de 2021]; 1(2): 165-178. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
56. Sánchez-Teruel D., Robles-Bello M.A. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español [Internet]; *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación.* 2015 [citado 14 de enero de 2021]; 2(40):103-113. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645432011>
57. Padilla-Ruiz M., Ruiz-Román C., Pérez-Ruiz E., Rueda A., Redondo M., Rivas-Ruiz F. Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. *Support Care Center.* 2019; 27(4): 1279-1286. doi: 10.1007/s00520-018-4612-4.
58. Yu X., Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with chinese people. *Social Behavior and personality.* 2007; 35(1):19-30. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.1.19>.
59. Izdorczyk B., Kwapniewska A., Lizinczyk S., Sitnik-Warchulska K. Psychological resilience as a protective factor for the body-image in post-mastectomy women with breast cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(6): 1181. doi: 10.3390/ijerph15061181.

60. Harms C., Pooley A.J, Cohen L. The protective factors for resilience scale (PFRS): development of the scale. *Cogent Psychol.* 2017; 4(1). doi: <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1400415>
61. Mosher C.E, Winger J.G, Given B.A, Helft P.R, O'Neil B.H. Mental health outcomes during colorectal cancer survivorship: a review of the literature. *Psychooncology.* 2016; 25(11): 1261-1270. doi: 10.1002/pon.3954.
62. Costanzo E.S, Ryff C.D, Singer B.H. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol.* 2009; 28 (2) : 147-156. doi: 10.1037/a0013221.
63. Lam W.W, Shing Y.T, Bonanno G.A, Mancini A.D, Fielding R. Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psychooncology.* 2012; 21(1)90-99. doi: 10.1002/pon.1876.
64. Bonanno G.A. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004; 59(1):20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
65. Dooley L.N, Slavich G.M, Moreno P.I, Bower J.E. Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress Health.* 2017; 33(5): 549-557. doi: : 10.1002/smi.2739.
66. García Monzón L., Navarro Machado V.. Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Rev. Finlay [Internet].* 2017 [citado 17 de enero de 2021]; 7(4): 250-259. Recuperado a partir de : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222124342017000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342017000400004&lng=es).

67. Cook Gotay C., Isaacs P., Pagano I. Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psychooncology*. 2004; 13: 882-892. doi: 10.1002/pon.808
68. Zahid N., Zahid W., Khalid W., Azam I., Ikram M., Iftikar H. et. al. Resilience and its associated factors in head and neck cancer patients in Pakistan: an analytical cross-sectional study. 2020. doi: 10.21203/rs.3.rs-133814/v1
69. Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogenic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2014; 22(2): 487-493. doi: 10.1007/s00520-013-2001-6.
70. Chen S, Mei R., Tan C., Li X., Zhong C., Man Y. Psychological resilience and related influencing factors in postoperative non-small cell lung cancer patients: a cross-sectional study. 2020; 29: 1815-1822. doi: 10.1002/pon.5485
71. Huang Y., Huang Y., Bao M, Zheng S., Du T., Wu K. Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychol Health Med*. 2019; 24(7): 866-878. doi: 10.1080/13548506.2019.1574353.
72. Martín Torralba L. La personalidad resiliente [Internet]. Madrid: Sintesis; 2013 [citado 24 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://ilera.com.mx/wp-content/uploads/2020/10/La-personalidad-resiliente.pdf>
73. Alves Naressi D., Oliveira Girardon-Perlini N.M, Pacheco Van der Sand I.C, Beuter M., Costa da Rosa B.V. Beliefs and resilience in patients who are survivors of leukemia. *Journal of Nursing*. 2013; 7(1): 67:75. doi:10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201310
74. Ristevska-Dimitrovska G., Filow I., Raichanovska D., Stefanovski P., Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *J Med Sci*. 2015; 3(4): 727-731. doi: 10.3889/oamjms.2015.128.

75. Cella D. FACIT.org [Internet]. FACT-C (Functional Assessment of Cancer Therapy- Colorectal: For patients with colorectal cancer. 2007 [citado 26 de enero de 2021]; Recuperado a partir de: <https://www.facit.org/measures/FACT-C>
76. Diener E., Emmons R.A.,Larsen R.J, Griffin S. J.Pers.Assess [Internet] . 1985. [citado 26 de enero de 2021]; Recuperado a partir de: <https://eddiener.com/scales/7>
77. Ware J.E., Snow K.K, Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health survey. Manual and interpretation guide [Internet]. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993 [citado 29 de enero de 2021]; Recuperado a partir de: [https://www.researchgate.net/publication/247503121\\_SF36\\_Health\\_Survey\\_Manual\\_and\\_Interpretation\\_Guide](https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide)
78. EORT Quality of Life Group. Quality of life of cancer patients. EORT QLQ-30 (versión 3) [Internet]. 1995 [citado 29 de enero de 2021]; Recuperado a partir de: <https://qol.eortc.org/questionnaire/eortc-qlq-c30/>
79. Dunn J. Kay Ng S., Breitbart W., Aitken J., Youl P., D.Baade P. et. al. Health-related quality of life and life satisfaction in colorectal cancer survivors: trajectories of adjustment [Internet]. 2013 [citado 4 de febrero de 2021]; 11: 46. Recuperado a partir de: <http://www.hqlo.com/content/11/1/46>
80. Harms C.A., Cohen L., Pooley J.A, Chambers S.K, Galvao D.A, Newton R.U. Quality of life and psychological distress in cancer survivors: the role of psychosocial resources for resilience. *Psychooncology*. 2019; 28(2): 271-277. doi: 10.1002/pon.4934.
81. Groarke A.M, Curtis R., Skelton J., Groarke J.M. Quality of life and adjustment in men with prostate cancer. *Plos One*. 2020; 15(9). doi: 10.1371/journal.pone.0239469.
82. Helmreich I., Kunzler A, Chmitorz A, Konig J, Binder H, Wessa M *et al*. Psychological interventions for resilience enhancement in adults (protocol). The Cochrane Database of

Systematic Reviews. 2017; 2. 10.1002/14651858.CD012527.

83. Ludolph P., Kunzler A.M., Stoffers-Winterling J., Helmreich I., Lieb K. Interventions to promote resilience in cancer patients. Dtsch Arztebl Int. 2019; 23: 51-52. doi: 10.3238/arztebl.2019.0865

## 10. ANEXOS

### Anexo 1. Metodología

#### Anexo 1.1 Estrategia de búsqueda en bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Límites de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados	
					A partir de búsqueda primaria	A partir de artículos matriz
SCIELO	(Resilien*) AND (cancer surviv*)	-2010-2020 -Inglés, Español	2	1	1	0
	(Resilience) AND (quality of life) AND (cancer survival)		0	0	0	0
	(Resilien*) AND (cancer)		8	0	0	0
	(Resiliencia) AND (calidad de vida) AND (cáncer)		0	0	0	0
	(Oncología) AND (resilien*) AND (superviv*)		0	0	0	0

PUBMED	("Cancer Survivors"[Mesh]) AND "Resilience, Psychological" [Mesh]	-Texto completo -2010-2020 -Inglés, Español	30	9	5	3
	((("Resilience, Psychological"[Mesh]) AND "Mental Health"[Mesh]) AND "Cancer Survivors" [Mesh]		2	1	1 (repetido)	0
	((("Cancer Survivors"[Mesh]) AND "Resilience, Psychological"[Mesh]) AND "Oncology Nursing" [Mesh]		0	0	0	0
	((("Resilience, Psychological"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh]		64	9	5 (2 repetidos)	3
	((("Psychology, Positive"[Mesh]) AND "Resilience, Psychological" [Mesh]) AND "Cancer Survivors"[Mesh]		0	0	0	0
PSYCINFO	(Psychological resilience) AND (long-term survivorship) AND (cancer) NOT (pediatr*)	-Texto completo -Revistas científicas -Artículos evaluados por expertos -2010-2020 -Inglés, Español	131	4	1 (2 repetidos)	0
	(Resilience) AND (cancer survivors) AND (post-treatment)		178	5	0 (3 repetidos)	1
	(Psychological resilience NOT posttraumatic growth) AND(long-term cancer survivorship) AND (quality of life)		162	5	0 (3 repetidos)	0

	(Resilience NOT posttraumatic growth) AND (cancer survivorship) AND (adults) AND (quality of life)		200	3	0	0
CINAHL	(Resilien*) AND (cancer) AND (quality of life)	-Texto completo -2010-2020 -Inglés, Español	30	2	1 (repetido)	1
	(Resilience) AND (cancer surviv*) AND (oncology nursing)		1	1	1 (repetido)	0
	(Resilien*) AND (cancer surviv*) AND (nurs*)		10	2	2 (1 repetido)	0
	(Cancer) AND (long-term surviv*) AND (personal growth OR resilience)		6	2	0	0
CUIDEN	(cla=cáncer) AND (cla=supervivencia) AND (cla=resiliencia)	-	3	1	0	0
	(cla=cáncer) AND (cla=resiliencia)		25	1	0	0
	[cla="cáncer"] AND [cla="supervivencia"] AND [cla="resiliencia"]		1	0	0	0
DIALNET	(Resiliencia psicológica) AND (superviv*) AND (cáncer)	-Texto completo -2010-2020 -Inglés, Español	1	0	0	0

	(Resiliencia psicológica) AND (calidad de vida) AND (cáncer)		6	0	0	0
	(Cáncer) AND (resilien*) AND (calidad de vida)		10	0	0	0

*Fuente: Elaboración propia*

Anexo 1.2 Artículos seleccionados a partir de la búsqueda bibliográfica

Año y lugar	Título	Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos de medida	Objetivos
Cuba. 2017	Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama	Lizandra García Monzón et al.	Estudio descriptivo prospectivo	165 supervivientes de cáncer de mama al primer, tercer y quinto año desde el diagnóstico	-	Estudiar la influencia de tres factores moduladores en la resiliencia (optimismo, inteligencia emocional y apoyo social)
Australia. 2018	Quality of life and psychological distress in cancer survivors: The role of psychosocial resources for resilience	Craig A. Harms	Estudio transversal	295 supervivientes de cáncer de mama, próstata, intestino, colon y Linfoma No-Hodgkin, a 2 años de la finalización del tratamiento (cirugía/quimioterapia/radioterapia/hormonoterapia)	-Cuestionario de calidad de vida SF-36 -Escala PFRS	Analizar la asociación entre los factores protectores de la resiliencia con la calidad de vida y los niveles de angustia psicológica
Pakistan. 2020	Resilience and its associated factors in head and neck cancer patients in Pakistan: An analytical cross-sectional study	Nida Zahid et al.	Estudio transversal	250 supervivientes de cáncer de cabeza y cuello, al menos a 4 semanas de la finalización del tratamiento	-RS-14	Evaluar el nivel de resiliencia y sus factores asociados

Estados Unidos. 2017	Strength through adversity: moderate lifetime exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors	Larissa N. Dooley et al.	Estudio cualitativo	122 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en los últimos 6 años , con un tiempo promedio desde el diagnóstico de 2,2 años  *La mayoría de la muestra ha finalizado la etapa de tratamiento activo (cirugía/quimioterapia/radioterapia)	-	Detectar la relación entre la exposición moderada al estrés agudo a lo largo de la vida con la resiliencia psicológica, de forma posterior al diagnóstico de cáncer
España. 2019	Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study	María Padilla-Ruiz et al.	Estudio descriptivo transversal	165 supervivientes de cáncer de mama con una media de 6 años transcurridos desde el diagnóstico  *La mayoría de la muestra ha sido tratada a través de cirugía conservadora	-CD-RISC 25	Determinar el nivel de resiliencia y describir los factores sociodemográficos y clínicos relacionados
Estados Unidos. 2020	Identifying risk and protective factors related to depressive symptoms among northern plains american indian women cancer survivors.	Soonhee Roh et al.	Estudio descriptivo transversal	73 supervivientes con indiferencia en cuanto a tipología de cáncer, con diagnóstico de enfermedad en los últimos 10 años y tras la finalización del tratamiento primario	-CD-RISC 25	Analizar la influencia de la resiliencia psicológica como factor protector de la sintomatología depresiva en el período de larga supervivencia

Australia. 2013	Health-related quality of life and life satisfaction in colorectal cancer survivors: trajectories of adjustment	Jeff Dunn et al.	Estudio longitudinal	1966 supervivientes de cáncer colorrectal entrevistados en seis tiempos diferentes, de 5 meses a 5 años post-diagnóstico	-Escala de satisfacción con la vida (SWLS)  -FACT-C	Proporcionar una visión más amplia acerca de la calidad de vida en el cáncer colorrectal y estudiar la relación de la resiliencia con la satisfacción con la vida
Estados Unidos. 2009	Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being	Erin S. Costanzo et al.	Estudio analítico	398 supervivientes con indiferencia en cuanto a tipología de cáncer (en un promedio de 10 años desde el diagnóstico) frente a una muestra de 207 personas sin historia de cáncer	-	Examinar la trayectoria del ajuste psicosocial y el desarrollo del proceso resiliente en los supervivientes de cáncer, en comparación con un grupo poblacional sin diagnóstico de enfermedad
Estados Unidos. 2016	Mental health outcomes during colorectal cancer survivorship: a review of literature	Catherine E. et al.	Revisión bibliográfica	-	-	Revisar la literatura existente acerca de los resultados psicológicos a través del período

						de larga supervivencia del cáncer colorrectal
Macedonia. 2015	Resilience and quality of life in breast cancer patients.	Gordana Ristevska-Dimitrovs-ka et al.	Estudio observacional	218 supervivientes de cáncer de mama en estadio temprano, al menos un mes después de haber completado el tratamiento primario  *La mayor parte de la muestra se encuentra a más de 5 años del diagnóstico inicial	-Cuestionario QLQ-C30 -EORTC QLQ-BR23 -CD-RISC 25	Analizar el efecto de la resiliencia en la calidad de vida relacionada con la salud
Reino Unido. 2020	Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: interplay of stress, threat and resilience	Ann Marie Groarke et al.	Estudio transversal	204 supervivientes de cáncer de próstata diagnosticados en los últimos 5 años.	-Escala de satisfacción con la vida (SWLS). -FACT-C -CD-RISC 10	Analizar el rol de la resiliencia en relación a la amenaza a la identidad masculina y la angustia psicológica en la fase de supervivencia de cáncer de próstata a largo plazo
China. 2019	Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors	Yuanni Huang et al.	Estudio transversal	220 supervivientes de cáncer de mama en período postoperatorio (habiendo recibido al menos dos ciclos de quimioterapia o de otro tipo de terapia adyuvante)	-Versión china de CD-RISC	Determinar el nivel de resiliencia y estudiar los factores que contribuyen a su desarrollo

Polonia. 2018	Psychological resilience as a protective factor for the body image in post-mastectomy women with breast cancer	Bernadetta Izydorczyk et al.	Estudio de investigación	120 supervivientes de cáncer de mama en período postoperatorio (tras haber sido sometidas a mastectomía total/parcial)	-SPP-25	Establecer una relación entre la resiliencia psicológica y la imagen corporal en las mujeres postmastectomizadas
China. 2020	Psychological resilience and related influencing factors in postoperative non-small cell lung cancer patients	Shihao Chen et al.	Estudio transversal	382 supervivientes de cáncer de pulmón de células no- pequeñas en período postoperatorio.	-Versión china de CD-RISC	Estudiar el nivel de resiliencia e indagar sobre los factores influyentes en su desarrollo
China. 2010	Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years of survivorship	Wendy W. T. Lam et al.	Estudio longitudinal	285 mujeres con cáncer de mama en seguimiento durante los 8 meses posteriores al tratamiento.  *El 70% de la muestra poblacional ha sido sometida a una mastectomía.	-	Examinar el nivel de angustia durante los ocho primeros meses tras el procedimiento de mastectomía

Brasil. 2013	Beliefs and resilience in patients who are survivors of leukemia	Dafne Alves Naressi et al.	Estudio descriptivo cualitativo	2 supervivientes de leucemia, tras haber recibido un trasplante de tipo alogénico de médula ósea. El tiempo promedio de supervivencia se extiende de 3 a 5 años	-	Conocer las creencias facilitadoras del desarrollo de la resiliencia
Alemania. 2013	Resilience in patients after allogenic stem cell trasplantation	Andrea Schuma-cher et al.	Estudio transversal	75 supervivientes de diferentes tipos de cáncer hematológico en período de remisión, al menos 5 meses después de haber sido sometidos a un trasplante alogénico de células madre	-Cuestionario QLQ-C30 -RS-25	Establecer la relación entre la resiliencia y la calidad de vida, la autoeficacia, la ansiedad y la depresión
Estados Unidos. 2004	Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors.	Carolyn Cook Gotay et al.	Estudio analítico	160 supervivientes de cáncer excepcionales (aquellos con más de cinco años de supervivida tras un diagnóstico con mal pronóstico), frente a un grupo control de supervivientes a cinco años de un diagnóstico con mejor pronóstico	-Cuestionario QLQ-C30 -RS-25	Describir los niveles de calidad de vida y su relación con las variables psicológicas de resiliencia, optimismo y sentido de coherencia

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 1.3 Documento de consentimiento informado

---

### HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Previa autorización de este documento, lea atentamente la información facilitada:

El objetivo del presente documento es informar a los participantes sobre la naturaleza de la investigación, así como de su aportación en ella.

La actual investigación es conducida por LARA HOYOS GORROTXATEGI, alumna de 4º curso del Grado de Enfermería en la Universidad Pública de Navarra. El propósito de este estudio irá enfocado a una mejor comprensión del desarrollo de la resiliencia entre los supervivientes de cáncer que o bien han finalizado la etapa de tratamiento activo o bien se encuentran a cinco o más años de supervivencia.

Por medio de esta ficha, usted está invitado a colaborar en el estudio, bien a través de una entrevista o bien completando un cuestionario de evaluación (según el caso). Cada entrevista tendrá una duración aproximada de 15-20 minutos, y posteriormente las respuestas serán transcritas y tratadas, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de forma confidencial y anónima. En ningún caso la información obtenida se utilizará con fines no académicos.

Se le informa que la participación es libre y voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificarse. Así mismo, si alguna de las cuestiones le pareciese incómoda, está en su estricto derecho de no responder, haciéndolo saber.

A continuación se indican los datos de contacto, en caso de requerir información adicional o presentar inquietudes asociadas al estudio: [larahoyosg@gmail.com](mailto:larahoyosg@gmail.com)

Gracias de antemano por su colaboración.

---

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, tras haber sido informado/a por LARA HOYOS GORROTXATEGI del desarrollo y fin de la investigación a través de la hoja informativa, entiendo que mi participación es de carácter voluntario y estrictamente confidencial.

He sido informado/a de la posibilidad de retirarme del estudio en caso de considerarlo pertinente, así como de la posibilidad de contactar a en caso de presentar alguna consulta.

En conformidad con lo anteriormente expuesto, otorgo el consentimiento para participar en el presente estudio.

Fdo: El/la participante

Fdo: El/la responsable del estudio

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_

*Fuente: Elaboración propia*

## Anexo 2: Instrumentos de medida

### Anexo 2.1 Resiliencia

#### Anexo 2.1.1 Escala de resiliencia de Wagnild y Young de 25 ítems (RS-25)

		1= en total en desacuerdo	2	3	4	5	6	7= totalmente de acuerdo	
<b>Factor 1. Competencia personal.</b>	1-Cuando planeo algo lo realizo.	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 interesado(a) en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
	5- Puedo estar afrontando los problemas yo solo(a) si es necesario.	1	2	3	4	5	6	7	
	6- Me siento orgulloso(a) de haber superado las dificultades.	1	2	3	4	5	6	7	
	9- Siento que puedo manejar varios problemas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7	
	10- Soy decidido(a).	1	2	3	4	5	6	7	
	13- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7	
	14- Tengo auto-disciplina.	1	2	3	4	5	6	7	
	15- Me mantengo interesado(a) en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
	17- El creer en mí mismo (a) me permite atravesar las situaciones difíciles.	1	2	3	4	5	6	7	
	18- En una situación difícil, soy una persona en la que se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7	
	19- Generalmente puedo ver una misma situación de varias perspectivas.	1	2	3	4	5	6	7	
	20- Hay veces en las que me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7	
	23- Generalmente encuentro una salida cuando para las situaciones difíciles.	1	2	3	4	5	6	7	
	24- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7	
	<b>Factor 2 Aceptación de uno mismo y de la vida.</b>	7-Suelo ver las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
		8- Soy amigo(a) de mí mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7
		11- Rara vez me pregunto cuál es el objetivo de todo.	1	2	3	4	5	6	7
		12- Asumo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
		16-Por lo general, encuentro razones para divertirme.	1	2	3	4	5	6	7
		21-Siento que mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
		22 -No suelo insistir en las situaciones que no puedo cambiar.	1	2	3	4	5	6	7
25- Acepto que hay personas a las que no les agrado.		1	2	3	4	5	6	7	

Fuente: Elaboración propia a partir de Wagnild G.M, Young H.M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* [Internet]. 1993 [citado 14 de enero de 2021]; 1(2): 165-178. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>

Anexo 2.1.2 Escala de resiliencia de Wagnild y Young de 14 ítems (RS-14)

		1= en total en desacuerdo	2	3	4	5	6	7=totalmente de acuerdo	
<b>Factor 1. Competencia personal.</b>	1- Normalmente, me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7	
	2- Me siento orgulloso de las cosas que he logrado.	1	2	3	4	5	6	7	
	5- Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez.	1	2	3	4	5	6	7	
	6- Soy resolutivo y decidido.	1	2	3	4	5	6	7	
	7- No me gusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7	
	9- Pongo interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
	10- Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme.	1	2	3	4	5	6	7	
	11- La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7	
	12- En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7	
	13- Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7	
	14- Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7	
	<b>Factor 2. Aceptación de uno mismo y de la vida.</b>	3- En general, me tomo las cosas con calma.	1	2	3	4	5	6	7
		4- Soy una persona con una autoestima adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
		8- Soy una persona disciplinada.	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Elaboración propia a partir de Sánchez-Teruel D., Robles-Bello M.A. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español [Internet]; Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación. 2015 [citado 14 de enero de 2021]; 2(40):103-113. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645432011>

Anexo 2.1.3 Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC 25)

	Responda, por favor, a las siguientes cuestiones en base a lo experimentado <u>durante el último mes:</u>	
<b>Factor 1. Competencia personal, tenacidad y autoeficacia.</b>	10- Me esfuerzo lo máximo, pase lo que pase. 11- Puedo lograr mis metas. 12- Incluso aunque esté desesperado, no me rindo. 16- El fracaso no me desanima fácilmente. 17- Me considero una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades de la vida. 23- Me gustan los retos. 24- Trabajo para alcanzar mis metas. 25- Me enorgullezco de mis logros.	0= en total desacuerdo      4= totalmente de acuerdo  0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Factor 2. Tolerancia al afecto negativo y fortalecimiento ante los efectos del estrés.</b>	6- Intento ver el lado humorístico de las cosas cuando me enfrento a un problema 7- Tener que lidiar con el estrés me hace más fuerte. 14- Bajo presión, me mantengo concentrado y pienso con claridad. 15- Prefiero tomar la iniciativa en la resolución de problemas. 18- Tomo decisiones impopulares o difíciles. 19- Puedo manejar sentimientos desagradables o dolorosos como tristeza, miedo e ira. 20- Tengo que actuar cuando siento el presentimiento de que algo sucederá.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Factor 3. Relaciones seguras y aceptación positiva del cambio.</b>	1- Puedo adaptarme cuando ocurren cambios. 2- Tengo relaciones cercanas y seguras. 4- Puedo lidiar con lo que sea que se cruce en mi camino. 5- Los éxitos pasados me dan confianza. 8- Tiendo a recuperarme después de una enfermedad, lesión u otras dificultades.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Factor 4. Sentido de propósito y control.</b>	13- En momentos de estrés, sé donde encontrar ayuda. 21- Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida. 22- Siento que tengo el control sobre mi vida.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Factor 5. Espiritualidad.</b>	3- A veces el destino/ Dios me ayuda. 9- Creo que la mayoría de las cosas pasan por alguna razón.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

Fuente: Elaboración propia a partir de Padilla-Ruiz M., Ruiz-Román C., Pérez-Ruiz E., Rueda A., Redondo M., Rivas-Ruiz F. *Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. Support Care Center. 2019; 27(4): 1279-1286. doi: 10.1007/s00520-018-4612-4.*

Anexo 2.1 4 Adaptación china de la escala de resiliencia CD-RISC 25

	Responda, por favor, a las siguientes cuestiones en base a lo experimentado <u>durante el último mes:</u>	
<b>Factor 1. Tenacidad.</b>	15- Prefiero tomar la iniciativa en la resolución de problemas 12- Incluso aunque esté desesperado, no me rindo. 21- Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida. 17- Me considero una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades de la vida. 22- Siento que tengo el control sobre mi vida. 23- Me gustan los retos. 11- Puedo lograr mis metas. 16- El fracaso no me desanima fácilmente. 14- Bajo presión, me mantengo concentrado y pienso con claridad. 18- Tomo decisiones impopulares o difíciles. 19- Puedo manejar sentimientos desagradables o dolorosos como tristeza, miedo e ira. 13- En momentos de estrés, sé donde encontrar ayuda. 20- Tengo que actuar cuando siento el presentimiento de que algo sucederá.	0=no es cierto en absoluto      4=totalmente cierto 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Factor 2. Fortaleza.</b>	9- Creo que la mayoría de las cosas pasan por alguna razón. 8-Tiende a recuperarme después de una enfermedad, lesión u otras dificultades. 10- Me esfuerzo lo máximo, pase lo que pase. 1-Puedo adaptarme cuando ocurren cambios. 7-Tener que lidiar con el estrés me hace más fuerte. 5-Los éxitos pasados me dan confianza. 25- Me enorgullezco de mis logros. 24- Trabajo para alcanzar mis metas.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Factor 3. Optimismo.</b>	6- Intento ver el lado humorístico de las cosas cuando me enfrento a un problema 3- A veces el destino/ Dios me ayuda. 2-Tengo relaciones cercanas y seguras. 4-Puedo lidiar con lo que sea que se cruce en mi camino.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

Fuente: Elaboración propia a partir de Yu X., Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with chinese people. *Social Behavior and personality*. 2007; 35(1):19-30. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.1.19>.

### Anexo 2.1.5 Escala de resiliencia SPP-25

		Totamente en desacuerdo	En desacuerdo	NI de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totamente de acuerdo
Factor 1. Capacidad de evocar emociones positivas.	1- Las dificultades experimentadas me motivan a actuar.	0	1	2	3	4
	2- Estoy abierto/a a nuevas experiencias.	0	1	2	3	4
Factor 2. Capacidad de recuperación frente a hechos difíciles	3- Me enfrento con determinación al logro de los objetivos propuestos.	0	1	2	3	4
	4- En situaciones de estrés, me concentro y reflexiono con claridad.	0	1	2	3	4
	5- Me adapto fácilmente a nuevas situaciones.	0	1	2	4	4

Fuente: Elaboración propia a partir de Izdorczyk B., Kwapniewska A., Lizinczyk S., Sitnik-Warchulska K. Psychological resilience as a protective factor for the body-image in post-mastectomy women with breast cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(6): 1181. doi: 10.3390/ijerph15061181

### Anexo 2.1.6 Escala PFRS de factores protectores de la resiliencia

		1= en total en desacuerdo	2	3	4	5	6	7=totalmente de acuerdo	
SR-F: Recursos sociales (familia).	4- Mi familia es una fuente de fortaleza para mí.	1	2	3	4	5	6	7	
	8- Me siento aceptado (a) por mi familia.	1	2	3	4	5	6	7	
	10- Sé que mi familia me ayudaría si necesitara ayuda.	1	2	3	4	5	6	7	
	12- Me siento cómodo (a) con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7	
	15- Me siento seguro (a) en mi familia	1	2	3	4	5	6	7	
SR-P: Recursos sociales (amigos).	3- Siento que mi sitio es con mis amigos/as	0	1	2	3	4	5	6	7
	7- Mis amigos/as me tratan de forma justa.	0	1	2	3	4	5	6	7
	9- Mis amigos/as me cuidan.	0	1	2	3	4	5	6	7
	11- Mis amigos/as son una gran fuente de apoyo.	0	1	2	3	4	5	6	7
PR: Factores personales.	1-Puedo afrontar todos los desafíos que se me presenten.	0	1	2	3	4	5	6	7
	2- Logro lo que pretendo alcanzar.	0	1	2	3	4	5	6	7
	5- Creo en mí mismo/a.	0	1	2	3	4	5	6	7
	6- Llevo a cabo planes para lograr mis objetivos.	0	1	2	3	4	5	6	7
	13- Cuando pienso en mi futuro, me siento positivo(a).	0	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Elaboración propia a partir de Harms C., Pooley A.J, Cohen L.. The protective factors for resilience scale (PFRS): development of the scale. *Cogent Psychol*. 2017; 4(1). doi: <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1400415>

## Anexo 2.2 Calidad de vida

### Anexo 2.2 1 Subescala específica de evaluación funcional para el tratamiento de cáncer de colorrectal (FACT-C)

	Responda, por favor, a las siguientes cuestiones en base a lo experimentado durante los últimos 7 días:	
<b>Bienestar físico</b>	1-Me falta energía. 2-Tengo náuseas. 3-Debido a mi condición física, satisfago con dificultad las necesidades de mi familia. 4-Tengo dolor. 5-Me molestan los efectos secundarios del tratamiento. 6-Me siento enfermo. 7-Me veo obligado/a a pasar tiempo en la cama.	0=Nada      4=Mucho 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Bienestar social/familia</b>	8-Me siento cerca de mis amigos. 9-Recibo apoyo emocional de mi familia. 10-Recibo el apoyo de mis amigos. 11-Mi familia ha aceptado la enfermedad. 12-Estoy satisfecho con la comunicación familiar sobre mi enfermedad. 13-Me siento cerca de mi pareja/principal apoyo  Responda, de forma opcional a la siguiente cuestión, independientemente de su nivel actual de actividad sexual: 14-Estoy satisfecho con mi vida sexual.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4  0 1 2 3 4
<b>Bienestar emocional</b>	15-Estoy triste. 16-Estoy satisfecho con la forma en la que estoy afrontando la enfermedad. 17-Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad. 18-Estoy nervioso. 19-Me preocupa morirme. 20-Me preocupa que mi condición empeore.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Bienestar funcional</b>	21-Soy capaz de trabajar. 22-Mi trabajo (incluido el realizado en casa) es satisfactorio. 23-Soy capaz de disfrutar de la vida. 24-He aceptado mi enfermedad. 25-Duermo bien. 26-Disfruto de las cosas que suelo hacer para divertirme. 27-Actualmente, estoy satisfecho con la calidad de mi vida.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
<b>Preocupaciones adicionales (dominio específico del cáncer colorrectal)</b>	28-Siento hinchazón/calambres en el área estomacal. 29-Estoy perdiendo peso. 30-Controlo los gases intestinales. 31-Puedo digerir bien la comida. 32-Tengo diarrea. 33-Tengo buen apetito. 34-Estoy satisfecho con mi cuerpo.  ¿Tiene bolsa de ostomía? Si la tiene, responda por favor a las siguientes cuestiones: 35-Me avergüenzo de ello. 36-Me resulta difícil su manejo.	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4  Sí      NO  0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

Fuente: Elaboración propia a partir de Cella D. FACIT.org [Internet]. FACT-C (Functional Assessment of Cc Therapy-Colorectal: For patients with colorectal cancer. 2007 [citado 26 de enero de 2021]; Recuperado a p de: <https://www.facit.org/measures/FACT-C>

## Anexo 2.2.2 Escala de satisfacción con la Vida (SWLS)

	En total desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1-En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2- Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3- Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
4- Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
5- Si volviese a nacer, no cambiaría nada de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Elaboración propia a partir de Diener E., Emmons R.A, Larsen R.J, Griffin S.. J.Pers.Assess [Internet] . 1985. [citado 26 de enero de 2021]; Recuperado a partir de: <https://eddiener.com/scales/7>

## 2.2.3 Cuestionario de calidad de vida SF-36

<b>Marque una sola respuesta:</b>	
<p>1-En general, usted diría que su salud es:</p> <p><i>Excelente / muy buena / buena / regular / mala</i></p> <p>2- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?</p> <p><i>Mucho mejor / algo mejor / más o menos igual / algo peor / mucho peor que hace un año.</i></p>	
<b>Las siguientes preguntas se relacionan con actividades que usted podría realizar normalmente:</b>	
<i>* Responda con : sí, me limita mucho / sí, me limita un poco / no, no me limita nada</i>	
<p>3-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes?</p> <p>4-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?</p> <p>5-Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?</p> <p>6-Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?</p> <p>7-Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?</p>	<p>8-Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?</p> <p>9-Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?</p> <p>No, no me limita nada</p> <p>10-Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios</p> <p>11-Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?</p> <p>12-Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?</p>
<b>Las siguientes preguntas se relacionan con problemas en su trabajo o en sus actividades diarias:</b>	
<p>13-Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física? <i>Sí/No</i></p> <p>14-Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? <i>Sí/No</i></p> <p>15-Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? <i>Sí/No</i></p> <p>16-Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? <i>Sí/No</i></p> <p>17-Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? <i>Sí/No</i></p>	<p>19-Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? <i>Sí/No</i></p> <p>20-Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?</p> <p><i>Nada/Un poco/Regular/Bastante/Mucho</i></p> <p>21-¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?</p> <p><i>Ninguno/Muy poco/Un poco/Moderado/Mucho/Muchísimo</i></p> <p>22-Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?</p>

<p>18-Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí/No</p>	<p>Nada/Un poco/Regular/Bastante/Mucho</p>
<p><b>Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante las 4 últimas semanas:</b></p>	
<p>23-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <p>24-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</p> <p>25-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?</p> <p>26-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <p>27-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p>	<p>28-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?</p> <p>29-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?</p> <p>30-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?</p> <p>31-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?</p> <p>32-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?</p>
<p><i>*Responda a estas cuestiones con : totalmente cierta/bastante cierta/no lo sé/bastante falsa/totalmente falsa</i></p>	
<p>33-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.</p> <p>34-Estoy tan sano como los demás.</p>	<p>35-Creo que mi salud va a empeorar x\$</p> <p>36-Mi salud es excelente.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Ware J.E., Snow K.K, Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health survey. Manual and interpretation guide [Internet]. Boston: The Health Institute, New England Medical Center ; 1993 [citado 29 de enero de 2021]; Recuperado a partir [https://www.researchgate.net/publication/247503121\\_SF36\\_Health\\_Survey\\_Manual\\_and\\_Interpretation\\_Guide](https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide)



<p>18-Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? <i>Si/No</i></p>	<p><i>Nada/Un poco/Regular/Bastante/Mucho</i></p>
<p><b>Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante las 4 últimas semanas:</b></p>	
<p>23-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <p>24-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</p> <p>25-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?</p> <p>26-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <p>27-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p>	<p>28-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?</p> <p>29-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?</p> <p>30-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?</p> <p>31-Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?</p> <p>32-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?</p>
<p><i>* Responda a estas cuestiones con : totalmente cierta/bastante cierta/no lo sé/bastante falsa/totalmente falsa</i></p>	
<p>33-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.</p> <p>34-Estoy tan sano como los demás.</p>	<p>35-Creo que mi salud va a empeorar</p> <p>36-Mi salud es excelente.</p>

Fuente: *Elaboración propia a partir de EORT Quality of Life Group. Quality of life of cancer patients. EORT QLQ-30 (versión 3) [Internet]. 1995 [citado 29 de enero de 2021]; Recuperado a partir de: <https://qol.eortc.org/questionnaire/eortc-qlq-c30/>*

## Anexo 3 . Propuesta de intervención

### Anexo 3.1 Cartel informativo

---



COMPLEJO  
HOSPITALARIO  
DE NAVARRA

# TALLER DE RESILIENCIA EN CÁNCER

*un viaje hacia tus fortalezas...*  
*¿ te atreves ?*



"La adversidad tiene el don de despertar talentos que en la prosperidad hubieran permanecido dormidos"

-Horacio-

Fuente: Elaboración propia

### Anexo 3.2 Cuestionario de evaluación

---

A continuación te invitamos a responder un sencillo test sobre aspectos de resiliencia que trabajaremos a lo largo de esta propuesta formativa. No consiste en comprobar tus conocimientos, sino en identificar aquellas áreas que necesitan de nuestra ayuda.

Señala del 1 al 5, siendo 1 nunca y 5 siempre, con qué frecuencia se dan en ti las siguientes declaraciones:

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1-Confo en que puedo superar las dificultades.	1	2	3	4	5
2-Si identifico aquello que me puede ayudar a vencer las dificultades, me esfuerzo en conseguirlo.	1	2	3	4	5
3-Creo que tengo los recursos suficientes para afrontar los retos de la vida.	1	2	3	4	5
4-Pido ayuda si lo necesito.	1	2	3	4	5
5-Sé donde buscar apoyo en momentos de crisis.	1	2	3	4	5
6-Considero que atravesar esta experiencia de enfermedad me hará más fuerte.	1	2	3	4	5

Fuente: *Elaboración propia.*