

Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos

María Elena Garassini *

Resumen

La resiliencia como capacidad para superar las adversidades e incluso aprender y salir “fortalecido” de ellas se ha convertido, en la última década, en el foco de múltiples estudios a lo largo del ciclo vital y en diferentes culturas. Por otra parte, la enfermedad oncológica se presenta a nivel mundial en un alto porcentaje de la población requiriéndose del trabajo del equipo de salud y entre ellos los psicólogos para su afrontamiento por parte del enfermo y sus familiares.

Los autores citados a los largo de este artículo hacen referencia a la importancia del desarrollo de la resiliencia a nivel personal, familiar y cultural iniciándose la misma con la presencia de relaciones de confianza, el cultivo de las emociones positivas, la aceptación de los diferentes ciclos de la vida y la creencia en un mundo justo. Estos factores de promoción de la resiliencia son los amortiguadores que permitirán la vivencia de la enfermedad oncológica e incluso la muerte y el duelo como oportunidades de generar procesos reflexivos y de aprendizajes personales y familiares.

Palabras clave: Experiencia traumática. Adversidad. Resiliencia

Abstract

Resilience like ability to overcome adversity and even learn and get out “strengthened” them has become, in the last decade, the focus of many studies throughout the life cycle and in different cultures. On the other hand, oncological disease was introduced globally in a high percentage of the population requiring labor and health team including psychologists for coping on the part of the patient and their family members.

The authors cited in the course of this article refer to the importance of developing resilience at the personal, family and cultural level, started with the presence of trust relationships, cultivating positive emotions, the acceptance of different cycles of life and belief in a just world. These promoting resilience factors are the springs that allow the experience of oncological disease and even death and mourning as opportunities to generate personal and familiar learning.

Key Words: Traumatic experience. Adversity. Resilience.

* Universidad Metropolitana, Venezuela. Email: mgarassini@unimet.edu.ve

Introducción

La psicología actual se enfrenta a nuevas investigaciones y campos de estudio a raíz de la importancia del estudio de la normalidad y los problemas cotidianos que se presentan a las personas a lo largo del ciclo vital tales como la presencia de alguna enfermedad crónica como el cáncer. Podemos señalar a la Psicología de la Salud como campo de aplicación y a la Psicología Positiva como nueva corriente o marco teórico-conceptual de referencia que respalda esta tendencia.

La enfermedad oncológica y su vivencia por parte de los enfermos y sus familiares representa un reto para los profesionales de la salud que los atienden los cuales deben lidiar con las creencias y actitudes personales, familiares y culturales sobre la enfermedad. Estas creencias subyacen a los estilos explicativos de los acontecimientos y a su afrontamiento que favorecen o limitan la ayuda que pueda ser brindada al paciente y sus familiares.

Desarrollo

Desde la Psicología Positiva el estilo explicativo que usa una persona para expresar su percepción de los eventos determina si es optimista o pesimista. El estilo explicativo optimista (EEO) se refiere a la tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta, en contraposición el estilo explicativo pesimista (EEP) se define como la tendencia a explicar los malos sucesos o eventos negativos ocurridos en la vida cotidiana, con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona. Siguiendo estas definiciones se están realizando múltiples estudios donde se incluye el optimismo como una variable fundamental y preeditora del surgimiento de conductas de afrontamiento ante la adversidad.

Kivimaki, Elovaino, Singh-Manoux, Batear, Helenius y Pentti (2005) examinaron los cambios en la salud después de un evento significativo de enfermedad o muerte en la familia a 5.007 empleados cuyos niveles de optimismo y pesimismo fueron medidos en 1997 y los eventos críticos en el 2000. La presencia de síntomas de enfermedad después del evento fue menor y retornaron al nivel anterior más rápido en individuos con mayor optimismo que sus contrapartes con bajo optimismo. Estos resultados sugieren que el optimismo reduce el riesgo de problemas de salud y está relacionado con una más rápida recuperación después de un evento crítico.

Otra investigación realizada por Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss y Derhagopian (2005) en 163 mujeres con cáncer de mama evaluó su ajuste psicosocial en el primer año de tratamiento y posteriormente a los 4 -5 años del mismo. Los reportes iniciales de bienestar fueron fuertes predictores de los resultados encontrados en las segundas mediciones. Optimismo inicial y el estatus marital también fueron preeditores de ajuste. En contraste las variables médicas iniciales no jugaron un

rol predictivo. Los resultados parecieran indicar una sustancial continuidad del bienestar subjetivo por muchos años entre las sobrevivientes del cáncer conectado con variables sociales y de personalidad.

Relacionado con el tema del optimismo y el continuo salud-enfermedad encontramos el estudio de las emociones positivas liderado por Bárbara Fredrickson (2001) y apoyado por múltiples autores. Vaillant (2000) y Danner, Snowdon y Friesen (2001), han encontrado que las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir la resiliencia psicológica encontrando sentido frente a experiencias traumáticas.

Lyubomirsky, King y Diener (2005) han realizado múltiples estudios sobre los beneficios de las emociones positivas señalando que el cultivo de las mismas conduce a los resultados deseables en las diferentes esferas de la vida de los individuos: matrimonio, amistad, trabajo, desempeño social y salud. Los resultados evidencian que la felicidad está asociada con y precede numerosos resultados deseables así como sucesos positivos paralelos. La evidencia sugiere que las emociones positivas, el sello del bienestar, pueden ser la causa de muchas de las características y recursos deseables y suceden en correlación con la felicidad.

Otro concepto que queremos resaltar es la resiliencia o capacidad del ser humano de recuperarse ante la vivencia de eventos traumáticos. Numerosos datos muestran que la *resiliencia* es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos del ser humano. (Masten y Reed, 2002).

La aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, concretamente en el desarrollo del trastorno del estrés postraumático estigmatizando inclusive a aquellas personas que no mostraban estas reacciones como raras y disfuncionales. No obstante, numerosos datos muestran que la *resiliencia* es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos del ser humano (Masten y Reed, 2002).

Muchos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable que, basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton, Smith, Violanti y Eraen, 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000; Gist y Woodall, 2000; Perez-Sales y Vazquez, 2003)

Uno de los aspectos principales cuando nos enfrentamos al estudio de la resiliencia es la dificultad para su definición. Tusaie y Dyer (2004) plantean que un estudio de los autores que han escrito sobre resiliencia presenta la identificación de diversas propiedades que lo constituyen lo que conlleva a una operacionalización parcial y a dificultades en su medición. Luthar, Cicchetti y Becker (2000) y Manciaux (2002) opinan que el problema de la definición de la resiliencia se subsana precisando, en cada caso, lo que se entenderá por *adversidad*, pues esta puede ser determinada tanto

por factores de tipo objetivo como subjetivo, y por *adaptación exitosa*, concepto anclado en factores culturales que influyen en su definición. Estos autores plantean que se debiera hablar entonces, de tipos de resiliencia según el contexto y la situación que enfrentan las personas sin olvidar la incorporación y estudio de los conceptos de vulnerabilidad e invulnerabilidad, afrontamiento, apoyo y redes.

En una investigación realizada por Ospina (2007) sobre la medición de la resiliencia se plantea también la dificultad de medir la resiliencia producto de la falta de una definición común entre los autores, ya que para algunos teóricos la resiliencia es una capacidad global de la persona de mantener la adaptación eficaz (Masten, Best y Garmezy, 1991, cp. Ospina 2007), y para otros es un conjunto de factores o mecanismos de interacción que se ponen en juego durante el desarrollo de la persona (Rutter, 1990, cp. Ospina, 2007). En el artículo señalan la existencia de tres grandes grupos o instrumentos para la medición de la resiliencia: pruebas proyectivas, psicométricas, de imanología cerebral, y potenciales eléctricos. Concluyen su trabajo señalando que la medición de la resiliencia es un proceso complejo que amerita trabajo interdisciplinario, por esto el desarrollo de un instrumento para abordar la resiliencia en sus diferentes dimensiones podría constituir una oportunidad de desarrollo teórico en el tema y la posibilidad de avanzar en una propuesta para su promoción.

Según todos los autores estudiados, vemos cómo la definición de la resiliencia tiene varios puntos importantes a considerar. Por un lado, si constituye un grupo de factores personales que forman parte del carácter de la persona o si son factores que se desarrollan en la relación con otros ante la presencia de una experiencia traumática. En referencia es este punto, cuáles son esos factores personales y cómo los medimos. Por otro lado, quién establece qué experiencias son traumáticas y cuál es el rol de la cultura en esa definición. Finalmente, qué significa ser resiliente ante una adversidad, continuar con el mismo comportamiento del individuo antes del trauma, realizar acciones diferentes a las esperadas culturalmente ante esa situación y/o incorporar cambios en la vida del individuo producto del aprendizaje de la vivencia.

La autora Elizabeth Henderson Grotberg (2006), investigadora del área y autora del libro “La resiliencia en el mundo de hoy” que constituye una compilación de autores sobre el tema referido a diferentes áreas, centra su aporte sobre la resiliencia en los factores personales que caracterizan a las personas resilientes y su posibilidad de desarrollarse.

Henderson (1995, 2000 cp. Henderson, 2006) señala que, aunque es verdad que sólo alrededor de un tercio de las personas de diferentes partes del mundo demuestran superar y salir fortalecidos de las adversidades, la resiliencia puede enseñarse y que el desafío es encontrar la manera de promoverla en cada persona, familia y comunidad. En su estudio encontró que las personas resilientes poseían características o factores que contribuyen a identificar aquello que resulta útil y efectivo a la hora de superar adversidades: yo tengo (factores externos), Yo soy (fuerza interior), yo puedo (factores interpersonales), que describiremos a continuación:

Yo tengo (apoyo externo):

1. Una o más personas en mi familia en quienes confío y me aman incondicionalmente.
2. Una o más personas fuera de mi familia en quienes confío y me aman incondicionalmente.
3. Límites en mi comportamiento.
4. Personas que me alientan a ser independiente.
5. Buenos modelos a imitar
6. Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito.
7. Una familia y entorno social estables.

Yo soy (fuerza interior)

1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente.
2. Generalmente tranquilo y bien predispuesto.
3. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.
4. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás.
5. Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.
6. Responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias
7. Seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo muchas esperanzas.

Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos):

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
2. Realizar una tarea hasta finalizarla
3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.
4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.
5. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social.
6. Controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento
7. Pedir ayuda cuando la necesito.

Henderson (2006) enfatiza en la posibilidad de promoción y desarrollo de la resiliencia, agregando que los factores resilientes señalados pueden promoverse por separado pero que a la hora de enfrentar una circunstancia adversa, se combinan todos tomándose de cada categoría según se los necesiten. Existen diferencias entre las personas en la presencia y uso de los factores resilientes. Estos factores son más fáciles de utilizar en situaciones familiares ya que en otras situaciones, donde se percibe pérdida de control, es necesario saber cómo pedir ayuda. Plantea que un gran número de jóvenes y adultos no fueron capaces de desarrollar siquiera el primer factor de

resiliencia de la primera etapa de desarrollo: la confianza (en sí mismos y en los demás). No obstante, personas cercanas al individuo, en cualquier momento de su vida, pueden convertirse en tutores de la resiliencia construyendo una relación de confianza. Finalmente, nos señala que es necesario determinar en cada persona qué factores resilientes se encuentran ya desarrollados para trabajarlos, y acompañarlo para el desarrollo de los otros.

Varios autores hacen énfasis en los factores promotores de la resiliencia destacando el rol de la familia y el entorno social y cultural en este desarrollo. A continuación citaremos a algunos de ellos.

Masten y Reed (2002) describen que los padres que promueven la resiliencia en sus hijos poseen cualidades como: factores protectores para el niño, están involucrados en la educación de sus hijos, poseen relación estrecha con adultos competentes, presentan conductas pro-sociales y de apoyo en comunicación con pares.

Según Walsh (2004) los factores protectores para la resiliencia psicosocial en la familia son:

- Relaciones estrechas con los cuidadores adultos.
- Clima familiar positivo con poca discordia entre los padres.
- Ambiente del hogar organizado.
- Educación de los padres.

Manciaux (2002) revisando los conceptos de afrontamiento y resiliencia señala que la OMS con base en cierto número de estudios en culturas diferentes hizo una lista de factores que contribuyen a esta capacidad de hacer frente y que les presentamos a continuación:

- Entorno familiar capaz de responder a las necesidades de desarrollo del niño
- Estima de sí mismo, desarrollo de una imagen positiva de sí, autonomía.
- Sentido de la eficacia de los recursos personales.
- Disponibilidad para acoger a los niños, por parte del entorno social.
- Buena integración en la vida, la escuela, la comunidad.
- Situación económica favorable.

Por otra parte, se postula que el desarrollo de la resiliencia tiene un componente personal y otro cultural. Cyrulnik (2005) plantea que ciertas familias, grupos humanos y culturas facilitan la resiliencia, mientras que otros las impiden. La presencia de un proyecto duradero, diversificado, y no sólo la búsqueda de bienestar o placeres inmediatos donde el sentido de la vida no tiene tiempo de surgir, permiten el desarrollo de la resiliencia. De esta forma personas, grupos o culturas pueden convertirse en nichos para la resiliencia siendo tutores de otros por medio de comportamientos de aceptación y apoyo generando la reconceptualización de las experiencias traumáticas vividas.

Dentro de la Psicología Positiva el rol de las familias en el desarrollo, potenciación de fortalezas, habilidades para la calidad de vida y el afrontamiento de las situaciones

que a cada ser humano le toque vivir, se ha convertido en una de las temáticas centrales. Los esfuerzos por la prevención encajan de forma natural en el punto de vista de la Psicología Positiva.

Por otro lado, siguiendo los estudios realizados dentro de la Psicología Positiva y citando los planteamientos de Bonanno (2004), una de las creencias ampliamente arraigadas en la cultura occidental es que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la enfermedad y la muerte de los seres queridos; o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida indica negación, evitación y patología.

Enfermedad y familia

Cuando revisamos la literatura relacionada con el enfermo oncológico, encontramos un grupo de ella que incluye a la familia o a uno de sus miembros (generalmente las parejas) y se centran en la efectividad del tratamiento para mejorar diferentes síntomas o sufrimiento psicológico en los pacientes o sus familiares, reconociéndose así, que ambos actores deben ser atendidos. Aunque continúan presentándose múltiples investigaciones con un enfoque reactivo para sobrellevar la enfermedad y atacar las vulnerabilidades o síntomas psicológicos como la ansiedad y la depresión, también encontramos gran variedad de investigaciones que estudian la resiliencia en enfermos y sus familiares.

Wellisch, Hoffman y Goldman (1999) estudiaron los efectos de un grupo de intervención para parientes de pacientes de cáncer de alto riesgo. Participaron 33 parientes en un grupo de intervención de seis sesiones de dos horas cada una con componentes educacionales y psicosociales. Los resultados mostraron que hubo una significativa reducción de los síntomas de depresión y ansiedad reportados en la escala utilizada. Como conclusión, los investigadores señalan que el modelo de grupos de intervención es efectivo para reducir en los parientes síntomas de depresión y ansiedad reactiva (no crónica).

Muchos de los estudios sobre intervenciones en las familias de los enfermos están enfocados en las parejas del paciente, porque estos tienen el gran potencial de afectar la salud del paciente debido a la gran oportunidad de proporcionar apoyo y manejo de conflictos interpersonales (Kiecolt y Newton, 2001 en Martire y otros, 2004). Se espera por nuevas investigaciones que evalúen los efectos recíprocos en ambos miembros de la díada y no sólo en uno de ellos, e investigaciones que sobrepasen la díada con otros miembros de la familia.

En un estudio realizado por Martire, Lustig, Schulz, Millar y Helgeson (2004) titulado: “¿Es beneficioso involucrar a un miembro de la familia? Un meta-análisis de intervenciones psicológicas en enfermedades crónicas”, los autores procedieron a una revisión de estudios escogidos al azar comparando intervenciones dirigidas al paciente y a miembros de la familia. En lo referente a los estudios dirigidos a los pacientes, las intervenciones tienen efectos positivos sobre la depresión cuando la pareja es incluida incluso en los casos de pronóstico de muerte del paciente. Entre los miembros de la

familia se encontraron efectos positivos para el síndrome del quemado, depresión y ansiedad; estos efectos fueron más fuertes para enfermedades no mentales y para intervenciones dirigidas a un miembro particular de la familia centradas en las relaciones personales.

Otras investigaciones han demostrado que los parientes cercanos de los pacientes experimentan pobre bienestar psicológico, decrecientan la calidad de la relación con el paciente, sufren *burnout* y reducen su salud física. (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995; Wright, Clips y George, 1993 en Martire y otros, 2004).

En un estudio llevado a cabo por Spira y Kenemore (2000) sobre el impacto y las implicaciones del cáncer de mama de las madres en sus hijas adolescentes, los autores señalan que se han realizado múltiples investigaciones sobre el impacto del cáncer de las madres en los niños pero no en los adolescentes. Algunas sugerencias clínicas derivadas de las entrevistas con las adolescentes que viven con sus madres son presentadas para ilustrar algunas de las preocupaciones de las adolescentes sobre sí mismas y la enfermedad de su madre. Las adolescentes expresan ansiedad sobre el cambio en los roles familiares, pero se muestran más preocupadas sobre la pérdida potencial de la relación madre/hija, describen sus miedos de recurrencia de la enfermedad, así como desarrollar ellas la misma. Las adolescentes también demostraron gran *fortaleza, resiliencia y esperanza* para dar cara a los retos y desafíos presentados en su vida.

Lea Baider (2003) en un artículo sobre Cáncer y familia señala una afirmación que ilustra muy bien cómo la presencia de un enfermo incita un proceso de reflexión colectivo.

Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la trayectoria de la enfermedad: ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida. La enfermedad puede percibirse como potencial de peligro de desintegración personal o familiar, o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro familiar. (Baider, 1995, c.p. Baider, 2003, p. 507).

En un estudio realizado por Lopéz y Rodríguez (2007) titulado "La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer" se afirma que muchos cuidadores experimentan problemas emocionales al preguntarse ¿por qué le pasa eso a mi ser querido? Plantean que sin embargo la búsqueda de sentido, siguiendo los planteamientos de Victor Frankl, puede aportar nuevos elementos para la comprensión de cómo los cuidadores pueden experimentar elementos positivos en el cuidado. Concluyen señalando, que los profesionales de la salud debemos alentar a los cuidadores a estimular la búsqueda de un horizonte de elementos positivos dentro de la situación y especialmente de los que puedan aportar significados enriquecedores para la propia existencia.

Considerando la muerte como parte del continuo salud-enfermedad y la culminación del ciclo vital, distintos estudios (Bonano y Kaltman, 1999, 2001; Wortman y Silver, 2001) indican que existen diferencias individuales marcadas en la cantidad y la prolongación en el tiempo en referencia a la vivencia del duelo. Lo que pareciera ser una reacción típica común en todos los individuos es un aumento inicial en la depresión que gradualmente desaparece en el tiempo, no obstante otros patrones de duelo han sido presentados en la literatura: duelo crónico o prolongado, ausencia de síntomas de duelo y respuestas demoradas de duelo.

En un estudio específico realizado por Bonano, Lehman, Tweed, Haring, Wortman, Sonnega, Carr y Nesse (2002) relativo a la forma de vivencia del duelo en esposos y sus relaciones previas, en donde se recopiló una muestra de 205 sujetos, se encontró que presentaban 5 patrones de respuesta en el siguiente porcentaje: resiliencia (45,9 %), depresión en mejora (10,2 %), duelo común (10,7 %), duelo crónico (15,6 %) y depresión crónica (7,8 %). Concluyen analizando que el duelo crónico está asociado con una relación de dependencia previa, y la resiliencia con previa aceptación de la muerte y creencia en un mundo justo. Estos resultados nos motivan a continuar investigando sobre los patrones de duelo de los sujetos y nos alientan a pensar por un lado en las posibilidades de comportamientos resilientes en las personas como un patrón con una alta frecuencia y por el otro a potenciar la educación cultural, familiar y personal sobre la aceptación de la muerte y la creencia de un mundo justo como preeditores de un comportamiento resiliente ante la muerte.

Realizando una síntesis de las investigaciones en general efectuadas con los familiares de los enfermos oncológicos vemos cómo éstas continúan estudiando y encontrando la presencia de consecuencias negativas para la salud tales como depresión, ansiedad y cansancio (*burnout*), no obstante, comienzan a estudiarse y reportarse el desarrollo de características positivas tales como la resiliencia.

Referencias bibliográficas

- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de psicología Clínica y de la Salud*, 1, (3), 505-520.
- Barreto y Soler (2003) Psicología y fin de Vida. *Psicooncología*, 1, (0), 135-146.
- Bonnano, G.A. (2004). Loss, trauma and health resilience. Have we underestimated the human capacity thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonnano, G. y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 20, 1-30.
- Bonano, G., Lehman, D., Tweed, R., Haring, M., Wortman, C. Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R. (2002). Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study From Preloss to 18-Months Postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (5), 1150-1164.

Calhoun y Tedeshi (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth a Clinician's Guide*. Mahwah N.J. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S., y Derhagopian, R. (2005) Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being Among Long-term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology*, 24, 5, 508-516.

Cyrułnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. España: Gedisa.

Danner, D., Snowdon, D. y Friesen, W., (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of personality and social psychology*, 80, 804-813.

Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-built theory of positive emotions, *American psychologist*, 56, 218-226.

Gist y Woodall (2000). There are no simple solutions to complex problems. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and perspectives*. pp.81-96. Springfield, IL: Thomas.

Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. España: Gedisa

Jocson, E. y Burke, N. (2006). Filipina Breast cancer Support: What Model is Meaningful. *California Breast Cancer Research Program. Research page*. Disponible en: http://www.cbcrp.org/research/PageGrant.asp?grant_id=4894

Kivimaki, M.; Elovaino, M; Singh-Manoux, A.; Vahtera, J.; Helenius, H.; Pentti, J. (2005) Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health after Death or Onset of severe illness in Family. *Health Psychology*, 24 (4), 413-421.

López, J. y Rodríguez, M.I. (2007) La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Psicooncología*, 4, (1), 111-120.

Luthar, S, Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The structure of Resilience, a critical evaluation and guideline for future reports. *Child Development*, 71 (3), 543-562.

Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005) The benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?, *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.

Manciaux, M. (2002). Acerca de la utilización del paradigma de la residencia la servicio de los niños víctimas. En Delgado, A. (2002). *La resiliencia: desvictimizar la víctima*. (pp. 171-182). Calí: Refue.

Martire, Lustig, Schulz, Millar y Helgeson (2004). Is it beneficial to Involve a Family Member? A Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Chronic Illness. *Health Psychology*, 2 (6), 599-611.

Masten, A. y Reed, M.G (2002). Resilience in Development. En CR Snyder & SJ Lopez (Eds.), *Handbook of positive Psychology* (pp. 74-88). Oxford: University Press.

Ortiz, C. y Napoles; A. (2005). Psychosocial Support Services for Latinas with Breast Cancer. *California Breast Cancer Research Program. Research page*. Disponible en: http://www.cbcrp.org/research/PageGrant.asp?grant_id=4032

Ospina, D. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXV, 1, 58-65.

Paton, Smith, Violanti y Eraen (2000) Work related traumatic stress: risk, vulnerability and resilience. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp.10-42. Springfield, IL: Thomas

Perez-Sales y Vazquez (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 235-254.

Spira, M. y Kenemore, E. (2000) Adolescent Daughters of mothers with breast cancer: impact and implications. *Clinical Social Work Journal*, 28 (2)183-195.

Stuhlmiller y Dunning (2000) Challenging the mainstream: from pathogenic to saluthogenic models of posttrauma intervention. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp.10-42. Springfield, IL: Thomas.

Tusaie; K. y Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*, 18 (1) , 3-10.

Vaillant, G. (2000). Adaptative mental mechanisms: their role in positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar, estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu Editores: Argentina.

Wellisch, D., Hoffman, A. y Goldman, S. (1999), Depression and anxiety symptoms in women al high risk for breast cancer, *Health and social work*, 25 (1), 75-80.

Wogan, L. (2002). Structural interventions for Japanese Women with breast cancer. *California Breast Cancer Research Program. Research page* Recuperado el 1 de enero de 2008 de http://www.cbcrp.org/research/PageGrant.asp?grant_id=3786

Wortman, C. y Silver, R. (2001). The myths of coping with loss revisited. In Stroebe, M., hannsson; R., Stroebe, W. y Scht, H. (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 405-430). Washington, DC: American Association.

