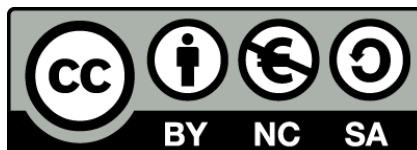




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia

Julio Rodríguez Rodríguez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – CompartirIgual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – CompartirIgual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

FACULTAT D'EDUCACIÓ

Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació

Tesis doctoral

**EL VÍNCULO AFECTIVO ENTRE PERSONAS
CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS COMO
FACTOR DE RESILIENCIA**

Doctorando:

Julio Rodríguez Rodríguez

Directoras de tesis:

Dra. M^a Cruz Molina Garuz
Dra. Crescencia Pastor Vicente

Programa de doctorado "Educación y Sociedad"
Período 2012-2017

Barcelona, 2017

Que los caminos se abran a tu encuentro,
que el sol brille sobre tu rostro,
que la lluvia caiga suave sobre tus campos,
que el viento sople siempre a tu espalda.
Que guardes en tu corazón con gratitud
el recuerdo precioso
de las cosas buenas de la vida.
Que todo don de Dios crezca en ti
y te ayude a llevar la alegría
a los corazones de cuantos amas.
Que tus ojos reflejen un brillo de amistad,
gracioso y generoso como el sol,
que sale entre las nubes
y calienta el mar tranquilo.
Que la fuerza de Dios te mantenga firme,
que los ojos de Dios te miren,
que los oídos de Dios te oigan,
que la Palabra de Dios te hable,
que la mano de Dios te proteja,
y que, hasta que volvamos a encontrarnos,
otro te tenga, y nos tenga a todos,
en la palma de su mano.

(antigua bendición irlandesa)

Dedicada especialmente a

M^a del Carmen Rodríguez,
Purificación Rodríguez, y
Mercè Lacruz

In memoriam

El autor quiere hacer explícito su interés por respetar la perspectiva de género en el redactado de toda la tesis, y así lo ha mantenido en la medida de lo posible, si bien para no recargar innecesariamente el redactado, se utiliza la forma masculina de algunas palabras (por ejemplo: participantes, pacientes, hijos) como forma de referirse al género masculino y el femenino. No obstante, cuando ha sido necesario hacer notar explícitamente la diferencia en relación al género, se ha utilizado expresamente el masculino y el femenino.

Agradecimientos

Esta tesis doctoral es, también para mi, una historia de vínculos y apegos, porque aunque haya sido un trabajo individual, he tenido el apoyo y la ayuda de muchas personas significativas que han contribuido de diversas formas a que esta investigación llegara a buen puerto, y a que haya crecido como investigador y también como persona.

A la Dra. Cruz Molina y la Dra. Crescencia Pastor, mis queridas directoras de tesis, les agradezco profundamente su acompañamiento más allá de lo académico. La revisión sistemática de los diferentes borradores, la recomendación oportuna de bibliografía especializada, y el soporte afectivo en los inevitables momentos difíciles de toda tesis doctoral, han sido sus herramientas a la hora de guiarme, ejerciendo como auténticas tutoras de resiliencia. Mil gracias por la confianza que habéis depositado en mi.

Al Dr. Xavier Mundet, jefe del *Àrea de Docència, Formació i Recerca* (ámbito de Atención Primaria Barcelona-Ciudad) del *Institut Català de la Salut*, le agradezco el haberme facilitado el contacto con personas clave para llevar a cabo el trabajo empírico de mi investigación, y por acompañarme en las reuniones de coordinación con los diferentes recursos asistenciales implicados.

A *Badalona Serveis Assistencials* por acoger esta investigación, y especialmente al Dr. Rafael Ibeas, oncólogo del Hospital Municipal de Badalona, quien supo combinar su tarea clínica con la información a los pacientes para que participaran en el estudio. Muchas gracias Rafa por tu constancia y la confianza. También a la Dra. M^a Isabel Moreno, oncóloga del mismo hospital, que animó a sus pacientes a participar. Gracias a la Dra. M^a Àngels AVECILLA (jefa de la *Unitat de Recerca*), al Dr. Josep Antón González, al Dr. Antoni Sicras, y a la Sra. Soledad Velasco por facilitarme las gestiones y los requerimientos técnicos para que el

estudio consiguiera formalizarse en la práctica. Y por supuesto al equipo de administrativas y enfermeras de Oncología.

Al equipo del *Centre d'Assistència Primària El Carmel* (Barcelona), al Dr. Joan Antoni Pérez (director), la Sra. Elisabeth Solf (adjunta de dirección), la Sra. Yolanda Barbosa (gestión y servicios) así como al personal administrativo.

Al *Equip d'Assistència Primària Encants* (Barcelona), a la Dra. M^a Antonia Pou y la Dra. Raquel Gayarre por la buena acogida a la investigación y su colaboración desinteresada en todo momento.

A *L'Olivera - Associació d'ajuda mútua i lluita contra el càncer de mama* (Manresa), y a la *Associació Ginesta* (Vilafranca del Penedès) y a *PICAM Prevenció i Informació Càncer* (Molins de Rei) por animar a sus socias participar en el estudio.

Al *Grup de Recerca en Intervencions Socioeducatives en la Infància i la Joventut* (GRISIJ) de la Universitat de Barcelona, por acogerme y permitirme desarrollarme como investigador en el seno del grupo.

A la Dra. M^a Pau Sandin, directora del *Departament de Metodologia d'Investigació i Diagnòstic en Educació* (Universitat de Barcelona) por confiar en mí como profesor asociado (2014-2015) en las asignaturas *Intervenció Educativa per a la Inclusió Social* y *Teoria i Pràctica de la Investigació Educativa*, del Grado de Pedagogía.

A la Dra. Mercedes Reguant, profesora de la Universitat de Barcelona, quien con paciencia me guió en el análisis estadístico y el manejo del programa informático SPSS.

A M^a Paz Pérez y Noemí García, las más eficientes secretarias del Departament MIIDE.

Al Dr. Jordi Planella y al Dr. Jordi Soler, de la Universitat Oberta de Catalunya, por confiar en mí como profesor colaborador del Grado de Educación Social desde el curso 2013-2014 hasta la actualidad.

A la Dra. Marta Sadurní, directora del *Laboratori del Vinclle Afectiu* de la Universitat de Girona, quien se interesó por mi investigación cuando era solo un borrador, orientándome sobre el mundo del apego.

Al Sr. Stefan Vanistendael, responsable de la Unidad de Investigación y Desarrollo del *Bureau International Catholique de l'Enfance* (BICE), por despejar algunas de mis interminables dudas sobre la resiliencia.

A mis padres, Manuel y M^a del Carmen, que me han dado todo su cariño y me han proporcionado una base segura donde crecer y sentirme querido. Gracias por el apoyo incondicional y el ánimo, especialmente en los momentos en que a consecuencia del cáncer que padecía mi madre, dudé en acabar esta tesis. Ella me animó a seguir trabajando a pesar del empeoramiento de su estado de salud, y de las complicaciones que ello generó en su cuidado y en mi familia.

A mis hermanos Manel y Sergi, que siempre confían en mi saber hacer.

A Ana López, Chus Pascual, Joshua Tena, Marta Maguillo, Marta Viñas, Laura Pascual, Óscar Pareja y M^a Elena Rodríguez, por esa complicidad en nuestra tarea diaria como educadores sociales.

A Judith Castro, Zaida Franco y Daniel Ortega, mis compañeros de doctorado, por los ánimos y los consejos en los momentos difíciles de toda tesis doctoral. ¡Qué habría sido de nosotros sin esos mensajes de WhatsApp!

A Cristina Petreñas, compañera de profesión y de andadura durante el doctorado, pero sobretodo buena amiga. Gracias por esa palabra de aliento y ese inesperado mensaje de ánimo en el momento preciso.

A mi amiga Victoria Gracia, por sus postales de ánimo enviadas desde diferentes rincones del mundo.

A Víctor Durán, amigo y compañero infatigable, por todos estos años de amistad.

A Eva Peñalver y Paco Benito, por ese vínculo que nos une desde hace años a pesar de mil imprevistos.

A mi amigo Toni Blasco, por su apoyo sincero.

A mi gran amigo Carlos Pantano, por su amistad “sin pelos en la lengua” y su actitud positiva contra todo pronóstico.

A Marc Aubà, Daniel Alonso, Alberto Piera y David Villalba por esos encuentros de risas y confianzas que tanto me han animado.

A Núria Lacruz, mi amiga más incondicional, sin lugar a dudas. Gracias de corazón por quererme tal y como soy.

A Joan García, que llegaste a mi vida sin avisar. Gracias por todos esos momentos en los que me has sacado una sonrisa, por esos gestos sencillos cargados de amor, por tu cariño y tu apoyo constante, y por los ánimos que me has dado en el día a día para que pudiera finalizar este trabajo. Te quiero.

Por último, y no por ello menos importante, mi agradecimiento profundo a las personas participantes en esta investigación, que me han permitido entrar en su mundo personal, ofreciéndome el relato de sus experiencias y vivencias, sus preocupaciones, esperanzas y alegrías. Ellas son las verdaderas protagonistas de este viaje. Sin ellas, esta investigación no habría sido posible, y es por ellas por lo que este trabajo tiene sentido.

A todas ellas y a todos ellos mi más sincera gratitud.

RESUMEN

La salud es un bien en alza y una aspiración para muchas personas. Las enfermedades son un acontecimiento esperable en la vida de cualquier ser humano. Hablar del cáncer es poner nombre a una enfermedad que se asocia con la muerte, y que supone una ruptura en la línea de vida de las personas, independientemente del pronóstico y el desenlace. No hay dos cánceres iguales, y tampoco las personas lo viven de la misma manera; de hecho algunas, viéndose afectadas, consiguen desarrollar procesos de afrontamiento y transformación que les permiten una nueva manera de entender la vida, la relación con uno mismo y los demás. Se habla de resiliencia para describir este proceso que se gesta en la relación con el otro o con los otros. Los vínculos afectivos que unen a las personas son un elemento clave para ese proceso, y el apego es uno de los vínculos que se manifiesta no solamente durante la infancia y la adolescencia sino que también en la edad adulta.

Los objetivos generales de esta investigación han sido conocer las vivencias de las personas con cáncer respecto al proceso de la enfermedad, y analizar el papel del apego entre las personas con cáncer y sus familiares respecto al afrontamiento resiliente. Para ello se ha diseñado una investigación multimétodo. En el estudio cuantitativo han participado 110 personas en situación de intervalo libre de enfermedad, y se han evaluado sus estilos de apego y resiliencia mediante el cuestionario CaMir-R y la escala SV-RES. En el estudio cualitativo han participado ocho personas, y se han recogido sus vivencias y experiencias en relación con la enfermedad, a través de una entrevista. En ambos casos, se han tenido en cuenta los criterios éticos y requerimientos necesarios para la investigación con humanos.

El análisis de la información ha sido, por un lado, de carácter cuantitativo para los datos obtenidos del cuestionario de apego adulto y de la escala de resiliencia, y se ha utilizado el software SPSS (versión 22). Por otro lado, se ha llevado a cabo el análisis cualitativo con los relatos recogidos de las entrevistas con el soporte del software Atlas.ti (versión 6.0).

Los resultados señalan que el cáncer es una enfermedad que tiene mala prensa, que el diagnóstico es el momento de mayor impacto emocional, y que los cambios corporales a consecuencia de los tratamientos son el elemento distintivo de la persona afectada. Además, el cáncer impacta en el entorno familiar y social, si bien la familia es el contexto relacional donde se encuentra el soporte emocional necesario para hacer frente al proceso de la enfermedad, siendo la pareja la persona que hace principalmente las funciones de apoyo emocional.

La posibilidad de crecimiento interior depende de experiencias previas y del impacto de otras experiencias vitales, si bien la aparición de la enfermedad moviliza los recursos internos y externos de la persona afectada. Para algunas personas la vida experimenta una “segunda oportunidad”.

Las personas afectadas consideran que los padres son sus figuras de apego de la infancia, sin desmerecer el papel de hermanos mayores y abuelos. Es la pareja, durante la vida adulta, la persona que asume este rol de forma preferente. Y en este sentido, lo que caracteriza a la figura de apego actual es el amor incondicional y el apoyo constante a la persona afectada por el cáncer.

Por otro lado, los resultados señalan el apego seguro como estilo mayoritario en la muestra estudiada, siendo las mujeres las que presentan mayor porcentaje. Por su parte, el apego seguro está también más presente entre las personas solteras o emparejadas. Y con relación a la resiliencia, el estilo de apego seguro es más resiliente que los estilos inseguros evitativo y preocupado.

Teniendo en cuenta que el estilo de apego influye en la manera en que las personas afrontan las enfermedades, la teoría del apego de Bowlby resulta útil de cara a implementar una intervención integral del paciente con cáncer, puesto que los estilos de apego condicionan la relación con los otros y la forma de afrontar la enfermedad.

Palabras clave: salud, enfermedad crónica, cáncer, resiliencia, afrontamiento, vínculos afectivos, apego, intervención socioeducativa, promoción de la salud, acción integral.

ABSTRACT

Health is currently a great value and many people want the highest level of health. Nonetheless, illness is something expected in our life. Specially, if we talk about Cancer, this is a disease associated with death and it means a breakdown on the people's life, independently of the prediction or the end of the illness. There are not two cancer diseases alike, and people's experience can be very different. In fact, some people can develop a cope process and they can transform themselves to allow them a new thinking and understanding of the life's meaning and of the relationships with oneself and others. We speak about resilience to describe this process that is born in the relationship with others. The affective bonds which link people are the key of this process. And the attachment is one of this affective bonds that people can develop since the childhood to the adulthood.

This study aims to know the personal experiences about the cancer and the illness process, and to analyse the role of the attachment related to the resilient cope between people with cancer and their relatives. For this, a multimethod research has been designed. In the quantitative study, 110 people with cancer disease-free interval have been involved, and their attachment styles and their resilience have been assessed with the CaMir-R questionnaire and the SV-RES scale. In the qualitative study, 8 people have been involved and their experiences about cancer have been analysed through an interview. In both cases, the ethical criteria for human research have been taken into account.

Quantitative data obtained through the CaMir-R questionnaire and the SV-RES scale have been analysed with the SPSS statistical software (22 ver.). On the other hand, qualitative data obtained through interview have been analysed with the Atlas-ti software (6.0 ver.)

The results point out that cancer is an illness with a bad reputation. The diagnosis is the phase with more emotional impact and the corporal changes as a

consequences of the treatments are distinctive of the person who is ill. In addition, the cancer affects family and social context. In fact, the family is the relational context where people find the emotional support to cope illness, especially the couple is the main person who gives the function of emotional care and attention.

The possibility of personal growing depends on the previous background and the impact of other life's experiences. Although, the cancer disease moves the interpersonal and external resources of people. For many people affected by cancer, the illness is lived as a "second chance".

People consider that parents are their childhood attachment figures, but they recognize too the relevant role of the older siblings and the grandparents. During the adulthood, the couple is the person who mainly assumes this role. In this sense, what characterizes the attachment figure is unconditional love and constant support for the person affected by cancer.

On the other hand, the results highlight that secure attachment is the most frequent style in the sample studied, being women who show the higher percentage. Besides this, singles and married people show more secure attachment. Related to the resilience, the secure attachment is more resilient than the avoidance and the dismissing attachments.

Considering that the attachment style influences how people cope illness, Bowlby's attachment theory is useful to complement the whole attention of cancer's patients, because the attachment styles condition the relationship with others and the way they cope the illness.

Kew words: health, chronic illness, cancer, resilience, coping, affective bonds, attachment, socioeducational intervention, promotion of health, whole attention

ÍNDICE GENERAL

0. INTRODUCCIÓN GENERAL	25
1. LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES DEL CÁNCER Y SUS REPERCUSIONES	35
1.1. Introducción	35
1.2. La salud y la enfermedad desde la perspectiva biopsicosocial y sus determinantes	36
1.2.1. Los determinantes de la salud	41
1.3. El estado actual del cáncer y sus repercusiones	48
1.3.1. La tipología del cáncer	53
1.3.2. La representación social del cáncer	55
1.3.3. Las etapas del proceso de enfermar en el cáncer	57
1.3.4. Las necesidades psicosociales de las personas con cáncer	60
1.4. A modo de resumen	64
2. LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN PERSONAS CON CÁNCER	67
2.1. Introducción	67
2.2. La promoción y la educación para la salud	68
2.2.1. Las intervenciones de promoción de la salud basadas en la evidencia	70
2.2.2. Las intervenciones psicoeducativas en el cáncer	76
2.2.3. El estado actual de las intervenciones psicoeducativas	83
2.3. A modo de resumen	89
3. LA RESILIENCIA EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD CRÓNICA: A PROPÓSITO DEL CÁNCER	91
3.1. Introducción	91
3.2. La contextualización de la resiliencia en el panorama científico	92
3.2.1. Delimitación conceptual	93
3.2.2. La concepción relacional de la resiliencia	103
3.3. La resiliencia en el ámbito de la enfermedad crónica y el cáncer	106
3.3.1. Los factores de resiliencia y los factores de no-resiliencia	107
3.3.2. El proceso de resiliencia en la enfermedad del cáncer	113
3.3.3. Los vínculos afectivos y el apego como factores de resiliencia	117
3.4. A modo de resumen	119
4. EL APEGO COMO VÍNCULO AFECTIVO	121
4.1. Introducción	121
4.2. La evolución de la teoría del apego	122

4.4.	Las aportaciones contemporáneas de la teoría del apego	128
4.5.	La delimitación conceptual del apego	131
4.6.	El apego a lo largo del ciclo vital	135
4.7.	Los diferentes estilos de apego	139
4.7.1.	La clasificación del apego en cifras: estudios con población extranjera y española	147
4.8.	El apego y sus efectos en la salud y la enfermedad	151
4.9.	Las funciones emocionales de la familia y el apego en las personas con cáncer y sus familiares	157
4.10.	A modo de resumen	166
5.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	173
5.1.	Objetivos generales	173
5.2.	Objetivos específicos	174
5.3.	Hipótesis	176
6.	ENFOQUE METODOLÓGICO	177
6.1.	Introducción	177
6.2.	La investigación cuantitativa y cualitativa	178
6.3.	El enfoque multimétodo	180
6.3.1.	Aplicación del enfoque multimétodo para el estudio y la comprensión del apego y la resiliencia en el contexto del cáncer	180
7.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	183
7.1.	Introducción	183
7.2.	Fase 1: Revisión bibliográfica, aproximación a la teoría, y establecimiento de los interrogantes y objetivos de investigación	184
7.2.1.	Revisión bibliográfica y aproximación a la teoría	184
7.2.2.	Interrogantes y objetivos de la investigación	186
7.3.	Fase 2: contactos institucionales, delimitación de la muestra y establecimiento de los criterios de selección	187
7.3.1.	Contactos institucionales	187
7.3.2.	Delimitación de la muestra objeto de estudio	189
7.3.3.	establecimiento de los criterios de selección de los participantes	191
7.3.3.1.	Criterios de selección de los participantes del estudio cuantitativo	191
7.3.3.2.	Criterios de selección de los participantes del estudio cualitativo	193
7.4.	Fase 3: Estudio cuantitativo	194
7.4.1.	Procedimiento para la administración de los cuestionarios	195
7.4.2.	Instrumentos de recogida de información	196
7.4.2.1.	Datos sociodemográficos y de salud	197
7.4.2.2.	Evaluación del Apego adulto	198
7.4.2.3.	Evaluación de la Resiliencia adulta	202
7.4.3.	Análisis cuantitativo	206
7.5.	Fase 4: Estudio cualitativo	207
7.5.1.	Procedimiento para la realización de las entrevistas	210
7.5.2.	Estrategia de recogida de la información: la entrevista	210

7.5.3.	Análisis cualitativo	212
7.6.	Fase 5: Interpretación de resultados y elaboración de propuestas respecto al apego y la resiliencia	217
8.	CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	219
8.1.	Introducción	219
8.2.	Criterios científicos	220
8.2.1.	Validez interna y credibilidad	221
8.2.2.	Validez externa y transferencia	222
8.2.3.	Fiabilidad y dependencia	223
8.2.4.	Objetividad y confirmabilidad	223
8.3.	Criterios éticos	224
9.	RESULTADOS	229
9.1.	Resultados del estudio cuantitativo	229
9.1.1.	Características sociodemográficas y de salud de las personas participantes	229
9.1.1.1.	Edad de los participantes	230
9.1.1.2.	Sexo	231
9.1.1.3.	País de origen y nacionalidad	231
9.1.1.4.	Dispositivo asistencial o recurso asociativo de procedencia	232
9.1.1.5.	Estado civil y número de hijos	232
9.1.1.6.	Estudios y profesión actual	234
9.1.1.7.	Año del diagnóstico, intervalo libre de enfermedad y tipología de cáncer detectado	236
9.1.1.8.	Tratamientos recibidos	238
9.1.1.9.	Tratamiento actual	239
9.2.1.	Apego de las personas participantes	240
9.2.1.1.	Dimensiones de apego del CaMir-R en personas con cáncer	240
9.2.1.2.	Estilos de apego adulto según el CaMir-R en personas con cáncer	244
9.3.1.	Resiliencia de las personas participantes	246
9.3.1.1.	Factores de resiliencia de la SV-RES en personas con cáncer	246
9.3.1.2.	Suprafactores de resiliencia de la SV-RES en personas con cáncer	253
9.4.1.	Contrastación de las hipótesis de la investigación	254
9.4.1.1.	Hipótesis 1	254
9.4.1.2.	Hipótesis 2	255
9.4.1.3.	Hipótesis 3	257
9.4.1.4.	Hipótesis 4	260
9.4.1.5.	Hipótesis 5	263
9.4.1.6.	Hipótesis 6	264
9.2.	Resultados estudio cualitativo	266
9.2.1.	Participantes	266
9.2.2.	Representación Social de la Enfermedad (RSE)	267
9.2.3.	Cambios en el proceso de la enfermedad (CPE)	277
9.2.4.	Figuras de apego (FA)	285
9.2.5.	Relación entre apego y resiliencia (AR)	294
9.2.6.	Rol del apego familiar (RAF)	300
10.	CONCLUSIONES	311
10.1.	Discusión	311
10.2.	Conclusiones	320

10.3. Limitaciones de la investigación, recomendaciones para la acción socioeducativa y propuesta de nuevas líneas de estudio	324
10.3.1. Limitaciones	324
10.3.2. Nuevas propuestas de investigación futuras en relación con el apego y la resiliencia	325
10.3.3. Propuestas con relación a la atención de personas con cáncer y para la formación del personal sanitario basadas en el apego	327
11. BIBLIOGRAFIA	333
11. ANEXOS	369
ANEXO I - RESOLUCIÓN DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO	371
ANEXO II - RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL COMITÉ DE ÉTICA JORDI GOL	377
ANEXO III - CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESTUDIO CUANTITATIVO)	383
ANEXO IV - CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESTUDIO CUALITATIVO)	387
ANEXO V - HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	391
ANEXO VI - CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO CAMIR-R	395
ANEXO VII - ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES	399
ANEXO VIII - PROCESO DE CREACIÓN DEL SISTEMA DE DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DEL ESTUDIO CUALITATIVO	403
ANEXO IX - GUIÓN DE ENTREVISTA PARA EL RELATO BIOGRÁFICO	409
ANEXO X - CÁLCULO DE FIABILIDAD DEL CAMIR-R Y LA SV-RES	417
ANEXO XI - CÁLCULO DE NORMALIDAD ESTADÍSTICA PARA PUNTUACIÓN TOTAL, FACTORES Y SUPRAFACTORES DE RESILIENCIA	427
ANEXO XII - VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD	435
ANEXO XIII - DIMENSIONES DEL APEGO ADULTO FACTORES Y SUPRAFACTORES DE RESILIENCIA	445

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS y GRÁFICOS

Tablas

Tabla 1. Estadios de la enfermedad del cáncer	54
Tabla 2. Programas psicoeducativos en oncología desde 1996 a 2016	84
Tabla 3. El concepto de resiliencia a lo largo del tiempo y según los autores más habitualmente citados	98
Tabla 4. Factores de riesgo y protección	108
Tabla 5. Factores de resiliencia de Grotberg	110
Tabla 6. Pilares de resiliencia según diferentes autores	112
Tabla 7. Estilos y conductas de apego	142
Tabla 8. Distribución de los estilos de apego adulto en EE.UU., Australia, Israel y España	147
Tabla 9. Distribución actualizada de estilos de apego adulto en diferentes contextos socioculturales	148
Tabla 10. Porcentajes de apego adulto en población española	150
Tabla 11. Estilos de apego y dinámica familiar	165
Tabla 12. Preguntas de investigación, objetivos generales y específicos	175
Tabla 13. Fortalezas y debilidades del método no-experimental	194
Tabla 14. Instrumentos de recogida de información y personas participantes	196
Tabla 15. Modificación del redactado en algunos ítems de la SV-RES	209
Tabla 16. Dimensiones del relato biográfico apego-resiliencia y cáncer	214
Tabla 17. Dimensiones, categorías y códigos para la codificación de las entrevistas	215
Tabla 18. Criterios de rigor científico en investigaciones cuantitativas y cualitativas	220
Tabla 19. Correlaciones entre las dimensiones de apego del CaMir-R	243
Tabla 20. Estios de apego según el sexo de las personas participantes	245
Tabla 21. Estilos de apego y estado civil actual	245

Tabla 22. Correlaciones entre los factores de resiliencia de la SV-RES	249
Tabla 23. Rango de la puntuación total de resiliencia según los estilos de apego para la prueba no-paramétrica de Kruskal-Wallis	256
Tabla 24. Significación estadística apego-resiliencia (total) en la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis	256
Tabla 25. Rango de los factores de resiliencia según los estilos de apego para la prueba de Kruskal-Wallis:	257
Tabla 26. Significación estadística de las diferencias entre los factores de resiliencia según los estilos de apego en la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis	259
Tabla 27. Rango de los suprafactores de resiliencia según los apegos seguro-preocupado-evitativo para la prueba no-paramétrica de Kruskal-Wallis	261
Tabla 28. Significación estadística de los factores de resiliencia y los estilos de apego para la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis	261
Tabla 29. Rangos de los suprafactores de resiliencia según los apegos seguro-inseguros	262
Tabla 30. Significación estadística para la prueba U de Mann-Whitney de los suprafactores de resiliencia y los estilos de apego seguro-inseguros	263
Tabla 31. Correlaciones entre las dimensiones D1 Seguridad del apego y D7 Traumatismo infantil y los doce factores de resiliencia	265
Tabla 32. Resumen de procesamiento de casos para el cuestionario CaMir-R	419
Tabla 33. Estadísticas del total de elemento para el cuestionario CaMir-R	419
Tabla 34. Estadísticas de fiabilidad para el cuestionario CaMir-R	420
Tabla 35. Estadísticos para los items del cuestionario CaMir-R	420
Tabla 36. Estadísticas de escala para el cuestionario CaMir-R	421
Tabla 37. Resumen de procesamiento de casos para la escala SV-RES	422
Tabla 38. Estadísticas de fiabilidad para la escala SV-RES	422
Tabla 39. Estadísticas de los ítems de la escala SV-RES	422
Tabla 40. Estadísticas de escala para la SV-RES	424
Tabla 41. Estadísticas del total de elemento para la escala SV-RES	424
Tabla 42. Estadísticos descriptivos de los factores de resiliencia agrupados por estilos de apego	429
Tabla 43. Homogeneidad de varianzas para los factores de resiliencia y la puntuación total de resiliencia	431

Tabla 44. Estadísticos descriptivos de los suprafactores de factores de resiliencia agrupados por estilos de apego	432
Tabla 45. Homogeneidad de varianzas para los suprafactores de resiliencia	433
Tabla 46. Estadísticos para la variable “Edad del paciente”	437
Tabla 47. Estadísticos para la variable “Sexo”	438
Tabla 48. Estadísticos para la variable “Nacionalidad”	438
Tabla 49. Estadísticos para la variable “País de origen”	438
Tabla 50. Estadísticos para la variable “Dispositivo procedencia”	439
Tabla 51. Estadísticos para la variable “Estado civil actual”	439
Tabla 52. Estadísticos para la variable “Número de hijos”	439
Tabla 53. Estadísticos para la variable “Trabajo_ocupación actual”	440
Tabla 54. Estadísticos para la variable “Nivel de estudios”	441
Tabla 55. Estadísticos para la variable “Año del diagnóstico”	441
Tabla 56. Estadísticos para la variable “Tipo de tumor”	442
Tabla 57. Estadísticos para la variable “Cirugía”	442
Tabla 58. Estadísticos para la variable “Quimioterapia”	442
Tabla 59. Estadísticos para la variable “Radioterapia”	443
Tabla 60. Estadísticos para la variable “Hormonoterapia”	443
Tabla 61. Estadísticos para la variable “Tratamiento actual”	443
Tabla 62. Estadísticos para la variable “Estado actual de la enfermedad”	443
Tabla 63. Tabla de contingencia para las variables “Estilos de apego” y “Sexo”	447
Tabla 64. Estadísticos descriptivos para las dimensiones de apego del CaMir-R	448
Tabla 65. Correlaciones entre las dimensiones de apego del CaMir-R	449
Tabla 66. Estadísticos descriptivos para los factores de resiliencia de la SV-RES	450
Tabla 67. Estadísticos descriptivos para los suprafactores de resiliencia de la SV-RES	452
Tabla 68. Correlaciones entre las dimensiones de apego del Camir-R y los factores de resiliencia de la SV-RES	453
Tabla 69. Correlaciones entre dimensiones de apego y suprafactores de resiliencia	454
Tabla 70. Correlación entre los suprafactores de resiliencia de la SV-RES	455

Figuras

Figura 1. Determinantes de la salud de Tarlov	43
Figura 2. Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead	43
Figura 3. Elementos clave para las acciones de promoción de la salud	45
Figura 4. Modelo de Promoción de la salud de la población de Hamilton y Bhatti	46
Figura 5. Modelo de determinantes de la salud de la OMS	47
Figura 6. Árbol de los principales referentes teóricos	124
Figura 7. Modelo de dimensiones y prototipos de apego de Mauder y Hunter	141
Figura 8. Modelo bidimensional para cuatro categorías de apego	144
Figura 9. Trayectorias hipotéticas sobre el malestar durante las fases del cáncer.	156
Figura 10. Factores de resiliencia en la escala SV-RES	203

Gráficos

Gráfico 1. Edad de las personas participantes	230
Gráfico 2. Edad de las personas participantes (bloques)	230
Gráfico 3. Sexo de los participantes	231
Gráfico 4. Nacionalidad de los participantes	231
Gráfico 5. Dispositivo sanitario y asociación de procedencia	232
Gráfico 6. Estado civil actual	233
Gráfico 7. Número de hijos	233
Gráfico 8. Nivel de estudios	234
Gráfico 9. Profesión actual	235
Gráfico 10. Año del diagnóstico	236
Gráfico 11. Intervalo libre de enfermedad	237
Gráfico 12. Tipología de tumores diagnosticados	237
Gráfico 13. Tratamientos recibidos	238
Gráfico 14. Tratamientos combinados	239
Gráfico 15. Tratamiento actual: hormonoterapia adyuvante	240
Gráfico 16. “Perfil” medio de apego del grupo de personas participantes	241
Gráfico 17. “Perfil” de resiliencia del grupo de personas participantes	247
Gráfico 18. Suprafactores de resiliencia	253
Gráfico 19. Comparativa entre apegos seguro e inseguros	254
Gráfico 19. Comparativa entre apegos seguro, inseguro preocupado e inseguro evitativo	255

INTRODUCCIÓN GENERAL

“En el campo de la salud, si bien es muy importante el conocimiento «objetivo», éste será incompleto hasta que no consigamos incorporar, plenamente y con el mismo rigor, el mundo «subjetivo» de los enfermos, cuidadores y sanitarios” (Bayés, 2012:48)

0. INTRODUCCIÓN GENERAL

La esperanza de vida en el mundo occidental en pleno siglo XXI supera con creces las expectativas de supervivencia de nuestros abuelos. Los avances de la medicina y las modificaciones de ciertos hábitos individuales y de algunos condicionantes ambientales han favorecido la longevidad de la población. Con una esperanza de vida mucho más larga que años atrás, hay un creciente interés por mantener unas cuotas de bienestar lo más altas posibles.

La salud es un bien en alza. Las acciones destinadas a fomentar y favorecer la salud tienen un potencial valioso, no solamente como elemento dirigido a mejorar el estado de salud física de las personas, sino también como un recurso para la salud mental. Vivimos en una sociedad en la que el bienestar es una aspiración clave para la mayoría de personas, tengan o no algún problema de salud.

No obstante, es imposible pensar en una existencia sin enfermedad o malestar físico, puesto que el cuerpo humano tiene fecha de caducidad. Las enfermedades son un acontecimiento esperable en el ciclo vital de cualquier ser humano. Además, con la prolongación de la esperanza de vida y la mejora de las condiciones sanitarias y alimentarias de la población, aparecen nuevas

enfermedades, como es el caso de las demencias. Otras enfermedades, sin embargo, siempre han estado presentes, como en el caso del cáncer.

Hablar del cáncer es poner nombre a una enfermedad que en el imaginario social todavía tiene una carga muy negativa, ya que se asocia de forma casi automática con la muerte. Son frecuentes las noticias en los medios de comunicación acerca de la defunción de personajes públicos a consecuencia “de una larga enfermedad”, eufemismo que muchas veces esconde el drama del cáncer. Menos frecuente son las noticias de personas famosas que conviven con la enfermedad de forma crónica, o supervivientes durante muchos años como el cantante de ópera Josep Carreras o el ciclista Lance Armstrong.

En otras ocasiones, se utiliza la misma palabra para etiquetar determinados problemas sociales cronificados, como cuando se habla de “la droga como un cáncer de la sociedad”. Sea como fuere, el cáncer tiene mala prensa. No hay que ser ingenuos pues las estadísticas señalan una progresión en los casos de cáncer, si bien también aumentan las tasas de recuperación. El cáncer constituye actualmente en muchos casos una enfermedad crónica, con la que las personas afectadas pueden convivir durante años sin apenas sintomatología ni evolución negativa del proceso neoplásico¹.

No obstante, existe consenso a la hora de afirmar que el cáncer es una enfermedad que impacta no solo en la esfera corporal de las personas afectadas, sino también en el entorno familiar y social más cercano. Esta enfermedad supone una ruptura en la línea de vida de las personas, independientemente del pronóstico y el desenlace final de la misma. Sin embargo, al igual que no hay dos cánceres iguales, tampoco las personas que lo sufren lo viven de la misma manera. Es más, existen personas que viéndose afectadas por la adversidad de la situación consiguen desarrollar procesos de afrontamiento y transformación que les permiten una nueva manera de entender la vida, la relación con uno mismo y con los demás.

¹ Alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor” (Sociedad Española de Oncología Médica, 2007:66).

Se habla de resiliencia para describir este proceso de afrontamiento de una adversidad grave que posibilite una mejora significativa de la persona.

Mucho se ha hablado y se hablará acerca de la resiliencia, pues es un término que ha ganado popularidad en los últimos años. Congresos, ponencias, cursos... hablan de este proceso de transformación que pueden experimentar las personas, las familias, e incluso comunidades enteras. Sin embargo, la resiliencia no se genera de forma espontánea. Necesita de aspectos internos y externos, es decir, implica tanto características del mismo individuo como elementos de su entorno. Incluso se considera que la resiliencia es un proceso relacional, es decir, que la resiliencia se gesta en la relación con el otro o con los otros. Nadie se hace resiliente por sí mismo. La literatura acerca de la importancia del acompañamiento y el soporte de una persona cercana es un aspecto destacado y recurrente. Se habla del tutor o tutora de resiliencia para designar esta figura significativa que procura lo necesario para que la persona afectada por la adversidad genere este proceso de transformación.

Así pues, los lazos afectivos que unen a las personas son un elemento positivo para el desarrollo emocional. Cuando las relaciones emocionales de amor, amistad o fraternidad se consolidan constituyen vínculos afectivos. El apego es uno de esos vínculos que la literatura científica ha estudiado con profundidad. Se sabe de la importancia del apego para el óptimo desarrollo físico y emocional de los bebés. Sin embargo, el apego es una característica humana que trasciende a la infancia y la adolescencia, estando también presente en la edad adulta, si bien las manifestaciones del apego en las distintas etapas del desarrollo muestran rasgos diferentes.

En esta tesis interesa evidenciar la presunta relación existente entre el apego y la resiliencia, especialmente en contextos de enfermedades crónicas como el cáncer. Se pretende, pues, estudiar la relación entre apego adulto y resiliencia en personas que hayan sido afectadas por el cáncer (colorrectal, mama y ovario) y se encuentren sin actividad tumoral.

Este trabajo se estructura en diez capítulos en los que se trata de dar respuesta a los interrogantes y objetivos de la investigación, con la finalidad última de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

El **primer capítulo** está dedicado a los procesos de salud y enfermedad, entendidos desde una perspectiva biopsicosocial y no limitada a lo estrictamente biomédico. Como se sabe, la salud y la enfermedad son conceptos complejos, que trascienden a la presencia o ausencia de síntomas o síndromes clínicos. Por este motivo, se indaga en las definiciones complejas de estos términos, y se constata la influencia de los denominados determinantes de la salud, que abarcan aspectos más allá de los puramente biológicos. A continuación se define el cáncer y se aporta información acerca de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, así como las recomendaciones internacionales en lo que se refiere a hábitos de salud susceptibles de modificar las probabilidades de desarrollar la enfermedad.

El **segundo capítulo** se ubica en acciones de promoción y educación para la salud en general y en las intervenciones psicoeducativas en oncología en particular, recogiendo las evidencias científicas al respecto. Teniendo en cuenta que se enfoca la enfermedad desde una perspectiva integral, se destaca la potencialidad de las intervenciones socioeducativas para la promoción de la salud como una estrategia más a la hora de abordar la enfermedad, que complementa las intervenciones biomédicas y psicoterapéuticas en oncología.

El **tercer capítulo** habla de la resiliencia humana, proceso dinámico de afrontamiento de las adversidades consideradas graves que puede llegar a permitir un resurgimiento y fortalecimiento de las personas después de verse afectados por esa adversidad. La resiliencia, como concepto, no está libre de cierta polémica, puesto que es un constructo de difícil consenso y delimitación conceptual. A pesar de la diversidad de autores y matices diferenciales en las definiciones que éstos proponen, existen como se verá, algunos elementos comunes a todas ellas.

El **cuarto capítulo** explora el complejo mundo del apego en general y del apego adulto en particular, haciendo primero un breve apunte histórico y conceptual de la teoría desarrollada por John Bowlby y sus colaboradores más cercanos, Mary Ainsworth y Mary Main. El apego, como una característica presente en cualquier ser humano, fue estudiado en su origen en el ámbito infantil. Sin embargo, posteriormente se ha visto su importancia y su desarrollo también en la edad adulta. En los contextos de dificultad como es el que representa la presencia de una enfermedad grave como el cáncer, el apego puede constituir un elemento importante para la comprensión del fenómeno de la resiliencia.

El **quinto capítulo** da cuenta de los objetivos generales y específicos de la investigación, así como las preguntas de investigación y las principales hipótesis a contrastar.

El **sexto capítulo** aborda la perspectiva epistemológica y metodológica de la investigación, justificando en primer lugar la necesidad de utilizar una metodología multimétodo en coherencia con los objetivos de la investigación, esto es, objetivos que buscan comprender el fenómeno de estudio y objetivos que buscan la medición y la correlación de las variables implicadas.

El **séptimo capítulo** abarca el diseño de la investigación, y se explicitan las perspectivas metodológicas utilizadas, junto con los métodos y las estrategias de recogida de la información para, finalmente, describir el análisis de datos que se llevan a cabo. En lo referente al estudio cuantitativo, se pretende la medición del apego adulto y la resiliencia a partir de un cuestionario de apego y una escala de resiliencia. Para lo relacionado con el estudio cualitativo, se pretende captar la subjetividad de la enfermedad, del apego y la resiliencia de la experiencia del cáncer, tarea que se lleva a cabo a partir de una entrevista semiestructurada.

El **octavo capítulo** da cuenta de los criterios de rigor científico, además de hablar de las cuestiones éticas de esta investigación, elemento especialmente relevante en estudios en los que participan seres humanos.

En el **noveno capítulo** se describen los resultados del estudio cuantitativo, realizando un análisis estadístico descriptivo de las diferentes variables objeto de estudio, junto con los datos sociodemográficos y biomédicos recogidos. Así mismo se llevan a cabo análisis estadísticos de correlación entre las diferentes variables objeto de estudio. Por otra parte, se describen los resultados del estudio cualitativo, analizando el contenido de las respuestas que las personas dieron en la entrevista en profundidad que se llevó a cabo con cada uno de ellas.

En el **décimo capítulo** se discuten los resultados obtenidos a tenor de la información recogida en el marco teórico, y se elaboran las conclusiones de la investigación. Se muestran asimismo las limitaciones de la investigación, y se sugieren algunas orientaciones de cara a la atención integral de las personas afectadas y la formación del personal sanitario. Por último, se ofrecen algunas propuestas para futuros estudios.

En el capítulo dedicado a la **bibliografía** se detallan los artículos, libros y documentos consultados y destacados en el texto de esta tesis. Se ha utilizado la normativa APA en su sexta edición para referenciar la bibliografía utilizada. Los enlaces (*links*) estaban vigentes en el momento en que fueron consultados.

Finalmente, en **anexos** se recogen los documentos que han sido necesarios en la elaboración de la investigación, y que dan cuenta de los pasos dados para llevar a cabo la misma. Se incluyen la solicitud a la Agencia Española del Medicamento, la resolución de los comités de ética de investigación, los documentos de consentimiento informado para las personas participantes en el estudio empírico, así como la hoja de recogida de datos sociodemográficos y de salud, la escala de resiliencia y el cuestionario de apego utilizados, entre otros documentos.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico recoge conceptos y teorías desde diversos niveles de complejidad y abstracción que, organizados y combinados entre sí, orientan la manera en que los investigadores dan cuenta de los fenómenos que estudian (Sautu, Boniolo, Dalle y Elbert, 2005). Cuando se habla de elaborar un marco teórico, se está haciendo referencia al estudio de las teorías, las investigaciones y aquellos antecedentes que la comunidad científica considera idóneos para encuadrar y fundamentar la investigación (Sabariego y Bisquerra, 2004).

El marco teórico que sustenta esta tesis doctoral pretende profundizar en el complejo mundo del cáncer a partir de cuatro capítulos en los que se recogen datos e informaciones actualizadas acerca de los procesos de salud y enfermedad, las intervenciones de promoción y educación para la salud en oncología, la resiliencia y el apego adulto en relación con el cáncer.

“Hasta un monstruo antiguo necesita un nombre. Bautizar una enfermedad es describir cierto estado de sufrimiento: un acto literario antes de ser un acto médico. Mucho antes de convertirse en objeto del escrutinio médico, un paciente es, ante todo, simplemente un cronista, un narrador del sufrimiento, un viajero que ha visitado el reino de los enfermos. Para aliviar una enfermedad es preciso, entonces, empezar por descargarle de su historia” (Mukherjee, 2011:74).

CAPÍTULO 1

1. LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES DEL CÁNCER Y SUS REPERCUSIONES

1.1. INTRODUCCIÓN

La llamada sabiduría popular tiene diversas expresiones en relación con la salud: “Curarse en salud”, “La salud es un tesoro, de más quilates que el oro”, o “La salud no tiene precio y el que la arriesga es un necio”, entre otras. También se observa este interés por la salud en el ámbito artístico, tal como recoge un conocido bolero: “Tres cosas hay en la vida, salud, dinero y amor”.

A pesar de la intuición más o menos acertada acerca de lo que significa la salud, la Ciencia no ha podido acabar de consensuar una definición operativa que contemple las diferentes dimensiones implicadas en este concepto. Esto no significa que las propuestas elaboradas hasta ahora hayan sido estériles, sino que denota la dificultad de definir operativamente el concepto, de acuerdo con una visión compleja

y no simplista del ser humano. En igual situación se encuentra el término enfermedad.

El objetivo de este capítulo es revisar el concepto de salud y el de enfermedad a tenor de esta visión compleja del ser humano. También se pretende incorporar la perspectiva biopsicosocial en el análisis de los procesos de salud y enfermedad en oncología.

Aunque el cáncer es una enfermedad que arremete la esfera corporal de las personas que la sufren, es también cierto que el cáncer impacta en otros ámbitos, además del estrictamente orgánico, afectando a las emociones de la persona que lo sufre, así como al resto de la familia y a la red de amigos más cercanos. En definitiva, el cáncer es una enfermedad que trasciende la esfera del individuo.

1.2. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA BIOPSIOSOCIAL Y SUS DETERMINANTES

A lo largo de la historia, la preocupación por la salud se ha ido transformando, a tenor del consenso cultural y social, y según los avances técnicos de cada época (Moreno-Altamirano, 2007). En el pasado más remoto, los hombres prehistóricos se preocupaban de la salud en clave de supervivencia, es decir, evitando básicamente heridas que pusieran en peligro la capacidad de desplazarse, teniendo en cuenta que eran grupos nómadas. Posteriormente, la creencia en la voluntad de los dioses, el karma o el destino como agentes reguladores de la salud, abre paso a la concepción social de la salud (Gargantilla, 2008). Serán los avances en la ciencia médica los que permitirán ir ampliando y modificando las creencias acerca de lo que se considera sano en un contexto social determinado.

Actualmente, todo aquello que se relaciona con la salud es un elemento que ocupa la atención de la sociedad, y que se expresa con mayor o menor amplitud y diversidad: el interés por la alimentación ecológica, la salud medioambiental, el

ejercicio físico regular, la modificación de ciertos hábitos tóxicos o la prevención de las enfermedades, entre otros (Talarn, 2007). Todas ellas son particularidades que han ido adquiriendo una mayor presencia en las conversaciones informales, en el día a día de las personas, en los medios de comunicación de masas y en las políticas sociales, no solamente en relación con la prevención sino también con la promoción de la salud. La calidad de vida es una de las preocupaciones cotidianas de la población española, tal como recoge el IndexLife, un barómetro acerca de las preocupaciones cotidianas de los españoles (Instituto de Prospectiva Internacional, 2015). La salud, en sus diferentes facetas, tiene un peso importante en la calidad de vida de las personas.

Este interés por la salud y el bienestar, sin embargo, puede entrañar ciertos riesgos cuando la población tiene poca información sanitaria contrastada y fiable, lo cual genera un campo abonado para las prácticas mercantilistas, tal y como señalaba Ivan Illich (Talarn, 2007). No obstante, una actitud preventiva activa es necesaria para mantener un estado de salud óptimo en cada una de las etapas del ciclo vital. Por ello es importante que la población general se convierta en protagonista en el mantenimiento y en la mejora de su salud (Mira, 2003).

Por lo que se refiere a la salud mental, es igualmente evidente el cambio de perspectiva y el progresivo interés por alcanzar mayores niveles de bienestar emocional. Este interés también ha generado una actividad mercantil alrededor de los aspectos psicológicos, y sus excesos se encuentran bien documentados (Talarn, 2007). Por tanto, es necesaria una actitud de prudencia a la hora de etiquetar como patológicas determinadas particularidades del devenir humano, sin que ello signifique dejar de atender o facilitar el acompañamiento en procesos de dificultad emocional a consecuencia de situaciones de pérdida, duelo, o crisis vital, entre otros.

Podría decirse que en la actualidad, mantener una buena salud es un valor en alza. Sin embargo, a la hora de consensuar lo que se entiende por salud, es decir, definirla de forma operativa, la tarea se torna compleja y no exenta de dificultad,

aunque en el imaginario común pueda haber puntos de coincidencia. Los intentos a lo largo de la historia no han ido más allá de unas definiciones generales, imprecisas y con cierta dosis de subjetividad. Esto no quiere decir que sean intentos infructuosos. Estas tentativas remarcan la amplitud y complejidad del término, y la dificultad de su concreción y delimitación conceptual. A esto cabe añadir la visión más amplia que, hoy en día, se tiene de la salud, que no se limita a la esfera corporal, sino que incluye elementos emocionales, relacionales, ambientales y socioculturales, es decir, una concepción biopsicosocial o compleja de la salud (Engel, 1977; Devillard, 1990; Echevarría, 2002; Fortuny y Molina, 2006; Juárez, 2011; Moreno-Altamirano, 2007; Palomino, Grande y Linares, 2014).

Si se traza una línea en el tiempo, se destacan dos definiciones de salud que se consideran clásicas: una es la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su acta fundacional del año 1946, que señala que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1948:100). La otra es la definición del *Xè Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana*, celebrado en Perpinyà en el año 1976, que dice que la salud es “aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y que es gozosa” (Gol, 1977:1036). Sea como fuere, definir la salud es una tarea ambiciosa, ya que se parte de un constructo intangible y difícilmente cuantificable.

Conviene llamar la atención a algunos aspectos interesantes de estas dos definiciones. Por un lado, una definición de salud de la OMS, que va más allá de lo biológico, integrando las dimensiones psicológicas y sociales (Bacardí, 1977; Violant, Molina y Pastor, 2011). Por otro lado, la definición de salud propuesta en el congreso de Perpiñán señala la capacidad de disfrutar de la vida a pesar de la enfermedad. Finalmente, al desplazar las dificultades de salud del foco principal de los dos enunciados, parecería que las definiciones estuvieran señalando que ciertos estados alterados son saludables o por lo menos esperables, como serían la pena y la tristeza en los procesos de duelo, o la fiebre en el caso de una infección.

La definición de la OMS (1948) ha sido cuestionada por diversas razones: en primer lugar, porque es utópica, al intentar hacer la equivalencia entre bienestar y salud, cosa que no es del todo exacta; segundo porque es subjetiva, ya que equipara bienestar y salud, soslayando estados de salud alterados que pueden ser compatibles con un estado de bienestar, y tercero, porque implica una visión estática y no dinámica de la salud de un individuo, obviando que existen diferentes grados o niveles de salud (Fortuny y Molina, 2006; Girón Daviña, 2010).

En todo caso, y aunque la definición de la OMS (1948) es un referente obligado a la hora de hablar de salud, existen, además, otros intentos de definición que se han propuesto y que conviene tener presentes a la hora de consensuar qué se entiende por salud. Para Wylie (1970), los intentos de definición de salud se pueden agrupar en dos categorías: las definiciones asintóticas o conceptos con final abierto. En el primer grupo de definiciones, la salud es un ideal hacia al cual se tiende pero nunca se llega; en el segundo grupo de definiciones, la salud es una habilidad para resistir las amenazas de enfermar.

La definición de Terris (1980) intenta ir más allá, superando aquellos aspectos cuestionados en la definición de salud de la OMS. Así, para este autor, salud y enfermedad son estados que, con diferentes grados, pueden coexistir. Afirma que la salud es un continuo entre dos extremos: una subjetiva, asociada al bienestar, y otra objetiva, asociada a la capacidad de funcionar. Por su parte, la enfermedad también sería un continuo entre dos extremos: uno subjetivo, asociado al malestar, y otro objetivo, asociado a la capacidad de funcionar. Cada uno de estos extremos seguiría una gradación de más a menos.

Por otro lado, el término enfermedad tampoco está exento de dificultad (Moreno-Altamirano, 2007). Aunque históricamente el concepto de salud ha estado vinculado al concepto de enfermedad, “la salud es un concepto posterior al de enfermedad” (Violant, Molina y Pastor, 2011:19). Es decir, que salud y enfermedad no son la cara y la cruz de una misma moneda. El concepto de enfermedad es un

concepto negativo, en el sentido que da protagonismo a la pérdida, a la falta, a la disminución de capacidades y de vida del sujeto (Font, 1977). De hecho, tanto el castellano como el catalán no posibilitan más precisión terminológica a la hora de describir estos procesos de funcionamiento alterados (Violant, Molina y Pastor, 2011). A pesar de que la lengua inglesa diferencia tres términos, de menor a mayor complejidad, la realidad es que resulta difícil llegar a una definición operativa y consensuada (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978; Moreno-Altamirano, 2007; Oxford University Press, 2011; Wikman, Marklund y Alexanderson, 2005):

- *Disease*, que se corresponde con el diagnóstico biomédico (*cancer disease*, por ejemplo), y que se refiere a las alteraciones estructurales o funcionales del cuerpo o de los sistemas que lo conforman.
- *Illness*, que es un término más amplio, ya que comprende la percepción del sujeto acerca del funcionamiento anómalo de su sistema corporal, y aquellas condiciones que pueden limitar sus habilidades para llevar a cabo una vida normal.
- *Sickness*, que es el término usado para integrar las dos acepciones anteriores, incluyendo el papel con el que socialmente una persona con una dificultad de salud es etiquetada.

Resulta pertinente resaltar también el hecho que salud y enfermedad, hasta hace pocas décadas, eran el campo de actuación exclusivo del ámbito sanitario. Esta evolución en la forma de entenderlas, con la ampliación que implica en la actualidad la perspectiva biopsicosocial, ha permitido que disciplinas no médicas como la Psicología o la Pedagogía, puedan aportar sus conocimientos e implementar otros tipos de intervenciones. Se ha pasado de una visión simplificada a una visión compleja de la salud y la enfermedad.

1.2.1. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Por determinantes de la salud se entiende aquellas condiciones o circunstancias personales, sociales, económicas y ambientales que condicionan la salud, es decir, que pueden facilitar o inhibir un determinado estado de salud de un individuo (OMS, 1998). Los procesos de salud y enfermedad van más allá de las causas biológicas, no solo en el caso de las enfermedades orgánicas sino también en el caso de las denominadas enfermedades mentales. Está documentada la influencia de determinadas condiciones psicosociales en la salud de la población, por ejemplo, en el actual contexto social de crisis económica (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2014; Colomer y Álvarez-Dardet, 2000; Palomino, Grande y Linares, 2014). Existen, pues, otros determinantes de la salud más allá de los puramente orgánicos.

Girón Daviña (2010) señala que la contribución de los determinantes de la salud ha ido variando con el tiempo. A finales del siglo XIX, el enfoque ecológico establece que las enfermedades son fruto de la interacción de tres elementos: el agente patógeno, el huésped y el medio ambiente. Sin embargo, es en la segunda mitad del siglo XX que destaca el modelo holístico de Laframboise (1973) que intenta establecer un marco básico para analizar el ámbito de la salud. Este marco fue desarrollado posteriormente por Lalonde (1974), Ministro de Sanidad de Canadá, en una investigación que mostraba los factores que influían en la salud de la población canadiense, y se estableció que la salud es el resultado de la interacción entre diferentes variables, las cuales pueden agruparse en cuatro grandes categorías o grupos de determinantes:

- a) Determinantes de la biología humana: características de la especie, constitución física, ciclo evolutivo, carga genética y factores hereditarios.
- b) Determinantes ambientales: contaminación por factores químicos, biológicos y psicosociales.

- c) Determinantes del estilo de vida: consumo de tóxicos, vida sedentaria, carencias alimentarias y conductas de riesgo, y
- d) Determinantes del sistema de salud: recursos materiales, económicos y humanos, así como los medios tecnológicos y los servicios sanitarios.

El informe Lalonde constató que los recursos públicos destinados a los diferentes factores no se correspondían con la importancia o la influencia que estos factores tenían en la salud de la población. Se mostró que el gasto público más importante se concentraba en el sistema de salud y en los factores de la biología humana, mientras que los datos mostraban la mayor influencia de los factores medioambientales y los relacionados con el estilo de vida de las personas.

Debido a las implicaciones de este informe, se realizaron diferentes estudios para confirmar los resultados obtenidos por Lalonde. Uno de estos estudios fue el elaborado por Dever (1976), donde se puso de manifiesto que a partir de la mejora de los hábitos de vida se podía reducir la mortalidad en un 43%, mientras que los esfuerzos dirigidos al ámbito de la biología humana podían reducir la mortalidad en un 27%, la mejora de la calidad del medio ambiente reducía la mortalidad en un 19%, y que los servicios sanitarios pueden reducirla en un 11%. En este mismo informe, al igual que el de Lalonde, se dio cuenta de la desproporción habida entre los recursos públicos destinados a los diferentes factores y la influencia de estos en la salud de la población.

A pesar de lo novedoso de este modelo de Lalonde, también tuvo sus críticas y propuestas de mejora con el paso del tiempo (Girón Daviña, 2010). En la Carta de Otawa de 1986, los determinantes de la salud se focalizaban en los factores sociales y económicos de la salud (OMS, 1986). Más tarde, Tarlov (1999) estableció cinco grupos de determinantes de la salud, como puede apreciarse en la figura 1. Estos determinantes estarían estructurados en niveles, desde el más individual al más

general (genética y biología, comportamientos de salud, cuidados médicos, ecología, y características sociales y de la sociedad).

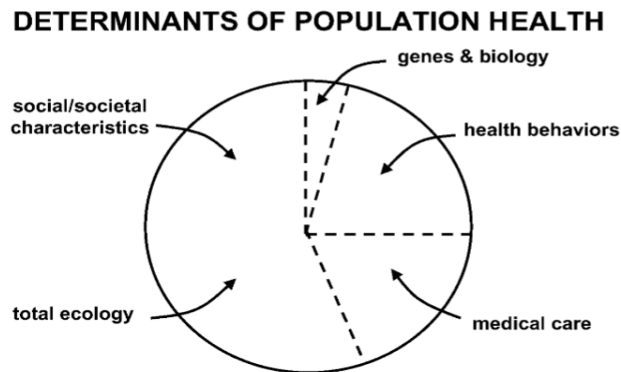


Figura 1. Determinantes de la salud de Tarlov.

FUENTE. Tarlov (1999:283).

El modelo ecológico de los determinantes de salud de Dahigren y Whitehead (1992) sitúa a los individuos en el centro y estructura los determinantes en diversos niveles alrededor, de lo más próximo a lo más distal.



Figura 2. Modelo de determinantes de la salud de Dahigren y Whitehead.

FUENTE. Palomino, Grande y Linares (2014:78).

Como se aprecia en la figura 2, habría un primer nivel que tiene que ver con características inmodificables como la edad, el sexo y factores constitucionales de las personas; el siguiente nivel serían factores relacionados con los estilos de vida; después otro sería la influencia de la comunidad y las redes de soporte social; un nivel relacionado con el acceso a los servicios de atención a la salud, las condiciones de vida y trabajo, el desempleo, el agua y saneamiento, y la educación, y en último nivel, los condicionantes socioculturales, ambientales y económicos. Estos autores señalan también el papel crucial que tiene la educación y el aprendizaje como estrategia promotora de la salud en general, y para reducir las injusticias sociales en particular. Asimismo, señalan la conveniencia de implementar estrategias promotoras de la salud, no solo en el ámbito escolar sino también entre los profesionales y los estamentos públicos. Advertir también que Dahlgren y Whitehead (1992) suscriben la importancia de la información dirigida al público en general y a la población desfavorecida en particular como un mecanismo para empoderar a las personas en la toma de decisiones referidas a su salud. Concluyen que las injusticias sociales están directa o indirectamente relacionadas con factores ambientales, económicos y sociales y estructuralmente influenciados por los estilos de vida, destacando que estos determinantes son, todos ellos, susceptibles de modificación (Dahlgren y Whitehead, 2006).

Conviene aclarar que es en el modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (OMS, 2008) que la Educación aparece como elemento explícitamente destacado en el nivel de “Condiciones de vida y de trabajo”. Curiosamente, Gil Villa (2012:15) señala que “la investigación biotecnológica avanza a pasos agigantados pero la educación sanitaria no avanza al mismo ritmo”, pese a que se reconozca, en estos modelos acerca de los determinantes de la salud, la importancia de la educación sanitaria, tal y como se ha señalado anteriormente.

Otros datos, como los recogidos por Wilkinson y Marmot (2006), arrojan evidencias respecto a la influencia de estos determinantes sociales de la salud. Así, la pobreza acorta la esperanza de vida y dobla el riesgo de padecer enfermedades

graves y muertes prematuras. El estrés prolongado, la inseguridad y la falta de control sobre la propia vida ejercen un impacto sobre la salud. Las tasas de desempleo más elevadas provocan más enfermedades. Los lazos de amistad, las relaciones sociales y el apoyo social mejoran la salud. El consumo de drogas, alcohol y tabaco se ven influidos por el entorno. Una dieta saludable y un aporte de comida adecuado son factores determinantes para la salud y el bienestar.

Destaca también el modelo de promoción de la salud de la población de Hamilton y Bhatti (1996), donde se señalan tres elementos clave (figura 3) que han de guiar las acciones para mejorar la salud: sobre **qué** se debería actuar, **cómo** se debería actuar y con **quién** se debería actuar.



Figura 3. Elementos clave para las acciones de promoción de la salud. FUENTE. Hamilton y Bhatti (1996).

Este modelo de Hamilton y Bhatti (1996) está representado por un cubo, como muestra la figura 4. En una de sus caras se ubican nueve determinantes sociales de la salud, a saber: estatus social, red de apoyo social, educación, condiciones laborales, medio ambiente, biología y genética, salud personal y actividades y estrategias de afrontamiento, desarrollo de la salud infantil, y servicios de salud. En otra de sus caras se localizan cinco ámbitos de intervención, como son: individuo, familia, comunidad, sistema, y sociedad. Finalmente, en la otra cara, se sitúan cinco estrategias de intervención procedentes de la Carta de Otawa de 1986, que son: acciones para fortalecer la comunidad, políticas públicas para favorecer la

salud, creación de entornos de apoyo, desarrollo de estrategias personales, y servicios orientados a la salud.

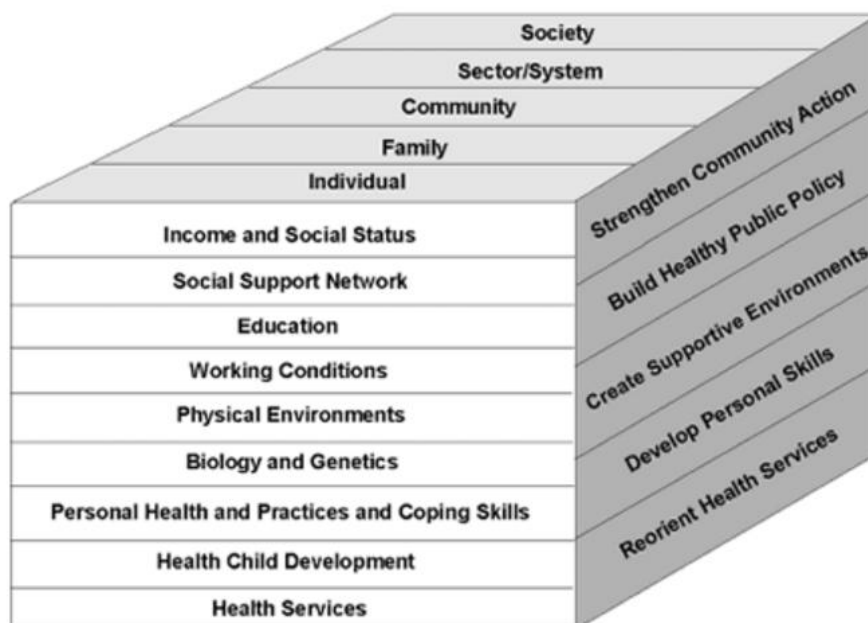


Figura 4. Modelo de Promoción de la Salud de la Población, de Hamilton y Bhatti. FUENTE. Hamilton y Bhatti (1996).

Finalmente, el modelo propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007), como se muestra en la figura 5, concede una gran importancia al contexto sociopolítico a la hora de explicar la salud, englobando gran número de elementos estructurales y culturales cuyo impacto, como señala Souto (2012) es difícil de cuantificar, si bien tiene una influencia importante en la salud de las personas.

Este modelo establece una distinción entre determinantes estructurales y determinantes intermedios. El primer grupo engloba las políticas macroeconómicas, las políticas sociales (mercado de trabajo, vivienda, suelo), políticas públicas (educación, salud, protección social) y cultura y valores sociales. En el segundo grupo incluye circunstancias materiales, factores biológicos y comportamentales, y factores psicosociales.

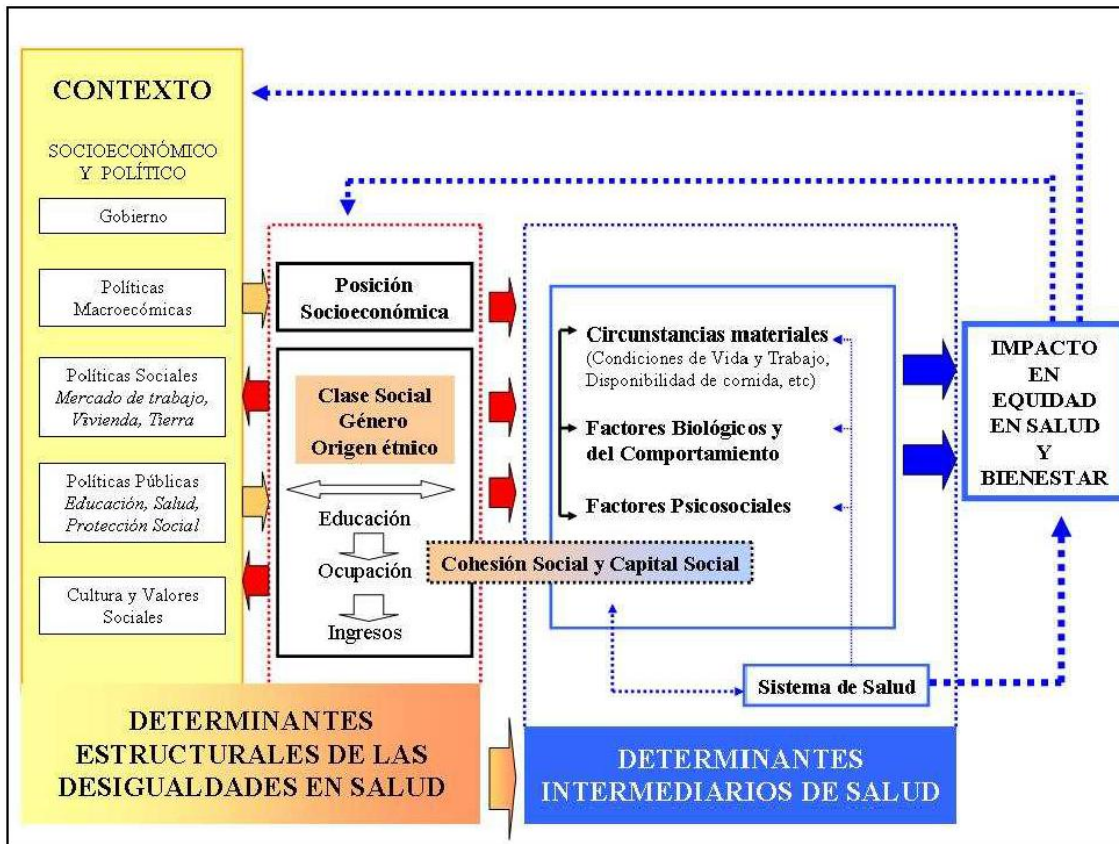


Figura 5. Modelo de determinantes de la salud propuesto por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007). FUENTE. Souto, (2012:49)

Interesa señalar que esta Comisión acerca de los determinantes de la salud de la OMS (2007) remarca también que el conocimiento y las herramientas que se obtienen a través de la Educación tienen el poder de influir en los procesos cognitivos de las personas, de manera que éstas sean más receptivas a las campañas de educación para la salud, e incluso de ser capaces de acceder a los servicios de salud. De hecho, sitúan la Educación como uno de los más importantes determinantes estructurales en salud.

No obstante, lo llamativo en la evolución de las aportaciones a los determinantes de la salud, y que interesa rescatar y remarcar en esta investigación, es el peso cada vez más evidente de los aspectos psicosociales y educativos a la

hora de hacer frente a los problemas de salud (entendidos de manera amplia y no restrictiva). En este sentido, la literatura científica recoge la pertinencia de implementar estrategias de carácter educativo en el ámbito de la salud no solo emocional sino también física de las personas (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, 1999; Wilkinson y Marmot, 2006).

Por tanto, un enfoque integral de la salud y de la enfermedad ha de aspirar a intervenir en los diferentes determinantes de la salud que pueden afectar a todos los individuos. En este sentido, las estrategias educativas dirigidas a mejorar el bienestar de las personas pueden ser un elemento más a implementar desde los servicios públicos de salud, ya que los estilos de vida y los hábitos de las personas son condición necesaria pero no suficiente para mantener un estado de salud óptimo. Es evidente que todos los factores son relevantes, si bien algunos factores tiene más peso que otros en el desarrollo de determinadas enfermedades y el mantenimiento de la salud.

1.3. EL ESTADO ACTUAL DEL CÁNCER Y SUS REPERCUSIONES

El cáncer es, según la descripción de la *Agency for Toxic Substances and Disease Registry* (2007), un grupo de más de 200 enfermedades distintas. En términos generales, se puede describir el cáncer como un crecimiento y una propagación de células por el cuerpo, unas células que crecen de forma descontrolada. El glosario del cáncer editado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2007), el diccionario terminológico de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC, 2012) y la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (FECO, 2012), refieren la enfermedad cancerosa como una tumoración² maligna en general, cuya característica consiste en su capacidad para invadir y destruir los tejidos sanos que hay a su alrededor, y enviar estas mismas

² Un tumor es una masa producida por el crecimiento excesivo de las células; este tumor puede ser benigno (no canceroso) o bien maligno (canceroso). El término neoplasia es un sinónimo.

células malignas a otras zonas del cuerpo, donde podría asentarse y generar nuevos tumores (metástasis).

La etiología del cáncer, aquello que causa la enfermedad, es todavía desconocida al 100% a pesar de que se pueda afirmar que están presentes diversos factores causales, entre ellos aspectos inmunitarios, víricos, químicos, físicos y hereditarios (OMS, 2015; SEOM, 2016a).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), durante el año 2008 continuó la tendencia a aumentar las defunciones por tumores en un 1% más, mientras que las muertes por enfermedades respiratorias y cardiovasculares disminuyeron un 2%. Según los datos de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), la primera causa de muerte en España en el año 2012 fue el cáncer, junto con las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares. El cáncer continúa siendo la primera causa de defunción en los hombres, mientras que en las mujeres, el cáncer ocupa la segunda posición, detrás de las enfermedades del sistema circulatorio. A pesar de que los casos de cáncer aumentan, y las cifras estimadas que maneja la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2016a; 2016)) superaron los 220.000 afectados en el año 2015, los índices de curación también experimentaron una mejora significativa.

Desde la OMS (2013), se constata que un 30% de los casos de cáncer se podrían prevenir con unos hábitos de vida sanos. En este sentido, y en consonancia con los determinantes de salud señalados en el apartado anterior, conviene tener presente algunas cifras:

- Se computan más de 100 tipos de cáncer distintos, que pueden afectar a cualquier parte del organismo.
- Las muertes por cáncer, a escala mundial, suponen un 13% respecto de las muertes registradas.

- En los países con rentas bajas y medias es donde se dan más del 70% de las muertes.
- Los tipos de cáncer más frecuentes son: pulmón, estómago, hígado, colón/recto y esófago, en el caso de los hombres, y mama, pulmón, estómago, colón/recto y cuello de útero, en el caso de las mujeres.
- El tabaco es uno de los factores de riesgo con más posibilidades de prevenir.
- Las infecciones crónicas son la causa de una quinta parte de los cánceres que se registran en el mundo.
- La detección precoz ayuda a curar los cánceres con mayor impacto en la salud pública.
- Se puede ayudar a controlar el dolor en los casos de cuidados paliativos, y
- Unos hábitos de vida saludables ayudan a prevenir más de un 30% de los casos, y un 20% mediante la vacunación en el caso de la hepatitis y el virus del papiloma humano.

Según el *Código europeo contra el cáncer* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010), conviene cambiar determinados hábitos nocivos, como estrategia de prevención contra la enfermedad. Según los datos que registra el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), en los últimos años el consumo de tabaco en España, por ejemplo, ha descendido más de un 10%; junto con el consumo de alcohol que también desciende (si bien en menor porcentaje); respecto a la inactividad física, también desciende en la mayoría de comunidades autónomas; y por lo que respecta a la obesidad, se observa un aumento en la frecuencia entre la población española.

Cabe señalar que en la evolución del proceso del cáncer coexisten otros factores, como la influencia de las emociones en la salud, aspecto que está documentado empíricamente (Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009). Las emociones son, según Bisquerra (2003) y Cano (2010), reacciones que se manifiestan en tres planos: conductual, corporal y cognitivo, y afirman también que estas reacciones pueden tener un efecto notablemente positivo o negativo. Así, la ansiedad, la ira y la tristeza son emociones básicas a la hora de afrontar situaciones adversas, que también pueden afectar la salud de las personas si se mantienen en el tiempo (Cano, 2010).

El impacto que se deriva de experimentar una emoción no tiene por qué ser algo negativo en sí mismo. Como se ha señalado, sentir miedo o tristeza no tiene más repercusión para la persona. Sin embargo, un exceso continuado de alta activación emocional puede tener consecuencias para la salud, tal y como se conoce en la hipertensión, las arritmias funcionales, algunos problemas digestivos o el síndrome de colon irritable, entre otros (Cano-Vidal, 2010). Aunque para algunos “no existe una evidencia directa de un lazo de unión entre el estrés, la reactividad inmunológica y el desarrollo del cáncer” (Bieliauskas, 1986:52), sí que hay estudios que señalan la influencia de las emociones sobre el sistema inmunitario, sobre todo cuando hay dificultades en el manejo de estas emociones, lo cual es de suma importancia en el caso del cáncer, dado que se reconoce la influencia de este sistema en la regulación del crecimiento tumoral (Arbizu, 2000; Cano, 2010; Cano, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999; Olivares, 1996; Sirera, Sánchez y Camps, 2006).

Sea cual sea el mecanismo fisiológico que relacione las emociones y los procesos de salud y enfermedad (Camelo, 2005), existen evidencias que señalan: a) que las emociones negativas incrementan las posibilidades de desarrollar enfermedades; b) que los estados emocionales crónicos tienen un efecto en los hábitos de salud; c) que los episodios emocionales agudos pueden favorecer la exacerbación de algunas enfermedades, y finalmente d) que las emociones pueden interferir en el comportamiento de las personas enfermas (Martínez Sánchez y Fernández Castro, 1994). Las llamadas emociones positivas favorecen la salud,

mientras que las llamadas emociones negativas, la disminuyen (Cano, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999; Cerezo, 2013; Smith, 2006). En definitiva, verse sometido a largos períodos de estrés y ansiedad perjudican la salud física y mental (Wilkinson y Marmot, 2006).

Como apunte de prudencia, se recogen finalmente las palabras de Gil Villa (2010), quién puntualiza que los resultados de los estudios actuales no permiten considerar factores emocionales como el estrés o la depresión en el mismo potencial carcinógeno que el alcohol y el tabaco. Es decir, que conviene ser prudente en el discurso científico para no caer en victimizaciones secundarias innecesarias, a la par que continuar avanzando para intervenir sobre los factores emocionales que pueden interferir en un adecuado afrontamiento de la enfermedad. Esta atribución de culpa moral, como señala Gunderman (2003:190) es un fenómeno nada novedoso, puesto que aparece en la Biblia pero también a partir de los datos epidemiológicos, y señala como ejemplo algunos “vicios morales como la pereza, la gula, la intemperancia y la fornicación” que la investigación ha convertido en factores de riesgo: vida sedentaria, obesidad, alcoholismo y prácticas sexuales de riesgo. Es más, el autor considera que las personas con unos niveles educativos bajos o provenientes de contextos socioeconómicos deprimidos tienen más posibilidades de comportarse de forma poco saludable. Ahora bien “las raíces de esas conductas pueden hallarse no en un lamentable entusiasmo por el riesgo, o en el rechazo a asumir la responsabilidad para la salud, sino en una manera diferente de ver el mundo. Y los profesionales sanitarios, mal dispuestos a atender a esas personas podrían, no obstante, empezar a cambiar su actitud si éstas también lo intentaran” (Gunderman, 2003:194). Por último, señala que conviene recordar pues que la finalidad de la intervención con una persona aquejada de una enfermedad del tipo que sea no es culpabilizarle sino fomentar su salud, intervenir sobre la enfermedad y aliviar el malestar.

Retomando nuevamente lo señalado en párrafos anteriores en relación con la conexión entre las emociones y los procesos de salud-enfermedad, se puede decir que un abordaje no-médico, de tipo psicoeducativo, puede ser una estrategia complementaria y útil en el tratamiento integral de las personas afectadas por el

cáncer. De hecho, el impacto de la enfermedad justifica la demanda de intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas, como señalan León, Miralpeix, Blasco, Jovell, Arcusa, Martín y Seguí (2013) (más adelante se recogen datos en este sentido).

Asimismo, y en relación con los tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía), también conviene tener presente los aspectos psicológicos y socioeducativos, de cara a un abordaje integral de la enfermedad, tanto si se llevan a cabo de forma ambulatoria o a través del ingreso hospitalario. Lo extraño del ambiente hospitalario, las modificaciones corporales debidas a los tratamientos, el cansancio y el aislamiento social son aspectos a tener en cuenta (Font, 2000).

1.3.1. LA TIPOLOGÍA DEL CÁNCER

Existen diversos tipos de cáncer, teniendo en cuenta que hay tantas clases de tumores como tejidos y sistemas orgánicos pueden verse afectados por la enfermedad, aunque en sentido estricto puede decirse que hay tantos tipos de cáncer como personas afectadas (SEOM, 2016a).

La OMS (2013, 2015) señala el cáncer de colon y recto como uno de los más frecuentemente diagnosticados en población masculina y femenina. Los datos aportados por Binefar (2011) señalan que el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente a escala mundial, y uno de los que más muertes produce, y recoge datos que señalan que en un 70% de los casos de este tipo de cáncer se relaciona con estilos de vida.

Asimismo, el cáncer de mama como uno de los más frecuentemente diagnosticados en población femenina, junto con el cáncer colorrectal (OMS, 2013, 2015). Según datos de la SEOM (2015b), es un tipo de cáncer detectado en el 99% de casos en mujeres, pero también puede darse en hombres. El factor de riesgo

principal es la edad, siendo la edad de máxima incidencia a partir de los 50 años. No obstante, la supervivencia media está cerca del 90% a partir de los cinco años del diagnóstico (SEOM, 2015b).

Por otra parte, el cáncer de ovario es un tipo de cáncer exclusivo de la mujer, y se observa principalmente en personas de edad avanzada.

Además, los tumores se pueden clasificar de diferentes maneras, una de las cuales es la clasificación en estadios. El estadio hace referencia a la extensión del tumor, es decir, a su tamaño y grado de extensión. Uno de los sistemas de estadificación de los tumores se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 1. Estadios de la enfermedad del cáncer

Estadio 0	No hay tejidos afectados pero sí células anormales presentes. No es cáncer pero podría llegar a serlo.
Estadio I Estadio II Estadio III	El cáncer está presente. Cuanto mayor es el número asignado, mayor es el tumor y su nivel de extensión a los tejidos colindantes.
Estadio IV	El cáncer está presente en distintas partes del cuerpo.

FUENTE. Instituto Nacional del Cáncer (2015):

Esta información permite entender la gravedad de la enfermedad y las probabilidades de supervivencia, así como identificar la mejor intervención biomédica posible.

1.3.2. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL CÁNCER

Las enfermedades son hechos inevitables en la vida del ser humano. El impacto que produce una enfermedad depende de diversos factores, no solo los propios de la misma enfermedad (etiología, pronóstico, tratamientos...) o de las características personales y de las vivencias de las personas afectadas, sino también depende de la imagen social que se tenga de ella (Rodríguez Fernández, 2006; Singer, 2014). Históricamente ha habido enfermedades que se han asociado a la muerte, como antaño fueron el tifus o la lepra (Sontag, 1981).

García Romero (2011) recoge los datos aportados por Pitman (1999) y Slaikou (2000), quienes, entre otros, señalan que el cáncer es una crisis en el ciclo vital de la persona afectada, una adversidad que tiene unas características que la hacen diferente a otro tipo de crisis vitales. Estas características diferenciales pueden concretarse en que el cáncer es una enfermedad que acostumbra a tener un inicio inesperado. En el momento en que se presentan los primeros síntomas, la enfermedad requiere atención inmediata, ya que supone una amenaza para la supervivencia del individuo. El cáncer no solamente afecta a la persona que lo sufre, sino que también repercute en su entorno personal, familiar y social más cercano. Finalmente, destacar que, pese a todo, el cáncer puede convertirse en una oportunidad para reorganizar y promover los recursos personales de la persona afectada y también de la familia.

Así pues, el cáncer es una enfermedad que afecta a la esfera corporal, pero también impacta en el ámbito personal, familiar y social de las personas afectadas. En definitiva, la enfermedad neoplásica es algo más que una enfermedad del cuerpo, ya que afecta a otros sistemas en los que interacciona la persona que lo sufre. Esta afectación también varía según el diagnóstico inicial, el tipo de tratamientos y su impacto, la etapa de la enfermedad en la que se encuentra la persona afectada, el pronóstico y la posibilidad de recaída (Rodríguez Fernández, 2006).

En la actualidad el cáncer es una de esas enfermedades que tiene “mala prensa”, que despierta en el imaginario colectivo una imagen negativa, y puede convertirse en un estigma (Gofman, 1970). Esto hace que en ocasiones se utilicen expresiones maquilladas a la hora de referirse a la enfermedad, como cuando en los medios de comunicación se habla de la muerte de algún personaje público después de “una larga enfermedad”. Como señala Riquelme (2015), la representación social de la enfermedad es parte importante para la persona afectada pero también para el profesional que le atiende.

Cano (2005) sostiene que para la mayoría de las personas el cáncer se identifica con enfermedad grave, tratamiento agresivo e incluso muerte. Romero (2011) recoge las aportaciones de diversos autores para señalar que las personas afectadas por el cáncer desarrollan hipótesis acerca de las posibles causas de su enfermedad, tienen creencias sobre si ellas mismas pueden influir en el desarrollo de la enfermedad o en la probabilidad de recaída, y también ideas acerca de la influencia del médico y del tratamiento en su curación. En su opinión, estas cuestiones son importantes porque estas creencias, estos sentimientos de control, el sentimiento de vulnerabilidad, y la sensación de culpa y estigma están en relación con la adaptación y el afrontamiento a la enfermedad.

Para acercarse de forma comprensiva al fenómeno del cáncer conviene tener presente que hay que aprehender su aspecto social (Gil Villa, 2012). La representación social es un elemento importante también para el paciente, dado que los pacientes tienen una idea de lo que significa la enfermedad a partir de lo que socialmente se comparte acerca de la misma. Esta idea presente en el imaginario colectivo es compartida por las propias personas afectadas, sus familiares e incluso el personal sanitario. No obstante, existen pocas evidencias que estudien en profundidad la representación social del cáncer en la población española (Llinares, Benedito y Piqueras, 2010). En una revisión de la literatura especializada, Castaño y Palacios-Espinosa (2013) han encontrado que la representación social del cáncer continua siendo negativa. Esto es importante de cara a estudiar el nexo que las

personas establecen entre la representación de la enfermedad y las acciones concretas frente a la misma, tanto en lo que respecta a las estrategias preventivas como a las intervenciones una vez que la enfermedad hace su aparición.

1.3.3. LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMAR EN EL CÁNCER

Como señala Rodríguez Fernández (2006), el cáncer puede producir un impacto emocional en la persona afectada que va a depender tanto de aquellos aspectos más objetivos relacionados con la enfermedad, como de las vivencias que la persona afectada tenga frente a la enfermedad misma y los diferentes momentos del proceso.

El cáncer, como cualquier enfermedad, sigue una serie de etapas que abarcan un proceso que se inicia antes de las primeras manifestaciones sintomáticas hasta la remisión total, la estabilización crónica del proceso o el fallecimiento. Un caso aparte merece la situación terminal, que tiene matices diferenciales por cuanto implica la certeza en cuanto a la fatalidad del pronóstico.

A continuación se describen brevemente los diversos momentos o situaciones en relación con el impacto psicosocial del cáncer, recogiendo las aportaciones de diversos autores (Alonso y Bastos, 2011; De Cáceres, 2007; Espinàs, 2010; Font, 2000; García Romero, 2011; Martínez Valero, 2011; Rodríguez Fernández, 2006; Romero Retes, 2011; Suess, March, Prieto, Escudero, Cabeza y Pallicer, 2006; Vidal Boixader, 2012), entendiendo que se temporalizan con fines explicativos, dado que la realidad es más compleja y dinámica de lo que puede llegar a describirse. Es posible que en cada etapa las respuestas emocionales de los pacientes varíen, teniendo en cuenta el momento del proceso de la enfermedad en que estén inmersos, los factores sociales y los factores psicológicos interpersonales e intrapersonales (Martínez Valero, 2011).

- a) Diagnóstico inicial: Es el momento de mayor crisis inicial en el que pueden verse afectados de diversas maneras tanto el paciente como el entorno familiar más inmediato. El miedo, la negación de lo que está sucediendo, la rabia, los sentimientos de culpabilidad, la ansiedad, la dependencia, la depresión y la tristeza, son respuestas emocionales que pueden producirse en esta etapa. Aparecen preocupaciones acerca de los procedimientos utilizados para evaluar la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, así como preocupaciones acerca de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas. Es comprensible que se produzcan dificultades emocionales y de comprensión de la información recibida. En muchos casos, este diagnóstico implica una modificación de la actividad habitual del paciente y su familia. Y esto demanda un tiempo que los pacientes y sus familiares no disponen.
- b) Tratamientos: El tratamiento implica molestias físicas sobre todo, pero también emocionales, por lo agresivo de los tratamientos y las implicaciones psicosociales que se pueden derivar (modificación del aspecto físico, efectos secundarios, o incluso baja laboral o pérdida del empleo, entre otros). Durante esta etapa, habitualmente la persona enferma se siente agotada y necesita el acompañamiento continuado para seguir adelante con el tratamiento. Sin embargo, a la familia puede ocurrirle lo mismo. En ocasiones puede requerir hospitalización, como en el caso de las intervenciones quirúrgicas, o frecuentes visitas al hospital, como ocurre en algunos tratamientos quimioterápicos o radioterápicos. La adaptación a un ambiente extraño como es el hospitalario, así como el malestar general y el aislamiento social, junto con las posibles modificaciones corporales y los efectos secundarios de los tratamientos, constituyen una nueva fuente de preocupaciones.
- c) Seguimiento: En la fase de seguimiento las personas afectadas han de hacer frente a los cambios derivados de la aparición de la enfermedad, con lo cual han de elaborar los duelos promovidos por los cambios

experimentados. Conviene recordar el carácter crónico de la enfermedad oncológica, lo cual requiere una intervención sanitaria y psicosocial continuada. Recuperar la cotidianidad de la vida después de un episodio de cáncer no es fácil, y menos aún convivir con la enfermedad de forma crónica. Sin duda, una de las dificultades principales es el miedo a la recaída (recidiva). Se habla del síndrome de Damocles para referirse al malestar emocional que puede implicar la vulnerabilidad ante la enfermedad, el miedo a la recaída y a los tratamientos (Gil Vila, 2012; Grupo Español de Pacientes con Cáncer, 2016), lo cual puede llevar a las personas afectadas a un estado de hipervigilancia y a una vivencia persecutoria del cuerpo.

Al igual que la persona con cáncer, sus familiares también se sienten afectados por la situación y pueden experimentar diversos estados emocionales, como rabia, cansancio y miedo frente a la incertidumbre de cómo va a ser el proceso de la enfermedad y su pronóstico. Es posible que la persona afectada por el cáncer intente sobreproteger a su familia, como que la misma familia intente sobreproteger a la persona afectada (De Cáceres, 2007).

Muchas familias experimentan enojo, desamparo, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. Este proceso de afrontamiento y ajuste familiar frente a la enfermedad es continuo, complejo, y se manifiesta a través de cambios inesperados e incontrolados (Baider, 2003). Estos cambios, según Fernández Ortega (2004), no siguen un patrón concreto sino que están guiados por el ciclo vital de la familia, el momento evolutivo de la persona afectada por la enfermedad, el grado de cohesión familiar, el estatus social y económico, y la historia familiar, entre otros aspectos. Sin embargo, el cáncer puede vivirse como algo potencialmente perjudicial para la cohesión familiar, o bien como una oportunidad para el fortalecimiento de los vínculos entre sus miembros (Baider, 2003).

1.3.4. LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS CON CÁNCER

Las repercusiones biopsicosociales en las personas con cáncer y sus familias provocan una serie de necesidades específicas (García Romero, 2011), tal y como se recoge en la literatura científica:

a) Las necesidades de las personas afectadas.

- El estudio de Jovell y Navarro (2006) acerca de las necesidades y demandas del paciente oncológico. Los resultados de este estudio muestran que el cáncer implica un cambio y una ruptura en la vida diaria y cotidiana de las personas afectadas. Se evidenciaría la existencia de dos perfiles de pacientes: uno autónomo, que sería el paciente joven que tiene una red social y busca informarse; otro perfil sería el dependiente, un paciente de más edad, con dificultades en las relaciones sociales y emocionales, y con una actitud de sufrimiento frente a la enfermedad. Se constata que las familias acostumbran a tener una visión más global del cáncer que el propio enfermo, que está más centrado en la inmediatez de la enfermedad.
- Por su parte Schröder y Koatz (2007) elaboran un listado de las necesidades psicosociales de los enfermos oncológicos, ordenado según la valoración que los mismos pacientes y profesionales hacen, en función de la importancia que otorgan a estas necesidades. Este estudio destaca la relación con el personal sanitario, la información y la comunicación, el soporte social, los aspectos emocionales, la preservación de la propia identidad, los aspectos prácticos y los espirituales. De este estudio se desprende la importancia que tiene para la persona enferma aquellos elementos que tienen que ver con la relación con el personal sanitario. Las personas enfermas pueden encontrar en los profesionales sanitarios gran parte de la información

que necesitan para comprender lo que les está pasando, y recibir también una parte de la contención emocional que necesitan para comprender esta información.

Existen también otras necesidades de tipo cognitivo, como es la resolución de problemas prácticos que pueden convertirse en un quebradero de cabeza según el momento en que se encuentre el enfermo (entre estas cuestiones prácticas se pueden encontrar las nuevas pautas alimentarias adaptadas al estado de salud, las gestiones relativas a las visitas médicas y las pruebas diagnósticas, etc.). Finalmente, el estudio señala que las necesidades vinculadas a aspectos espirituales también tienen un peso significativo para los pacientes, seguramente más importante cuanto más irreversible sea el desarrollo de la enfermedad.

b) Las necesidades de los familiares.

- En el estudio de Jovell y Navarro (2006) acerca de las necesidades y demandas del paciente oncológico, las familias solicitan conocimiento e información para hacerse cargo de los aspectos psicosociales derivados del cáncer.
- En cuanto a las necesidades de las personas que han superado la enfermedad y sus familiares, Arrighi y Jovell (2011) coordinan un estudio para conocer las necesidades de las personas afectadas por el cáncer que han superado la enfermedad, y también de sus familiares, alrededor de diferentes áreas temáticas como son el impacto emocional, la vida familiar, la reinserción social y laboral, y las necesidades ligadas al seguimiento clínico a medio y largo plazo.

Se constata la necesidad de un plan de seguimiento estandarizado que sea comunicado a los pacientes y sus familiares. Resulta conveniente proporcionar soporte emocional a los pacientes que se encuentran fuera del sistema asistencial una vez concluido el itinerario terapéutico. Otra necesidad de las personas que superan la enfermedad es tener facilidad para incorporarse al mercado laboral de forma gradual y paulatina. No hay que descuidar al entorno más inmediato, de manera que también es indispensable promocionar la atención y el seguimiento del entorno familiar de la persona afectada. Finalizan remarcando la importancia que tiene el contacto con otros afectados y la participación en asociaciones de pacientes.

- El estudio de Barragán y Jovell (2012) focalizado en las necesidades de los supervivientes de cáncer, y que tiene como finalidad conocer aquellas necesidades no cubiertas de las personas que están afectadas por el cáncer y han finalizado el tratamiento oncológico. La investigación se concreta en seis áreas temáticas como son el impacto en el área física, emocional, social, laboral y económica, las necesidades relativas al plan de seguimiento, y las necesidades de información y formación una vez finalizados los tratamientos. Los resultados muestran que el cansancio y la pérdida de energía son los mayores problemas en la esfera física. Por lo que respecta a la esfera personal e interpersonal, el miedo a la recaída es el mayor problema, y en menor medida las dificultades en la relación de pareja. En el ámbito laboral y económico, los sentimientos de discriminación o desigualdad a consecuencia del cáncer es el principal problema. Por último, otra de las necesidades detectadas es el soporte por parte de asociaciones de pacientes que se da a una parte de los pacientes una vez finalizados los tratamientos

c) Las **necesidades de los profesionales sanitarios.**

- El estudio de Jovell y Navarro (2006) acerca de las necesidades y demandas del paciente oncológico, señala la demanda de los profesionales clínicos de distanciarse emocionalmente para poderse centrar en la enfermedad. En este sentido, el estudio refleja que la comunicación no es fácil y que, de hecho, se informa pero no se comunica.
- El estudio de Barragán y Jovell (2012) focalizado en las necesidades de los supervivientes de cáncer, recoge también las opiniones de profesionales sanitarios, los cuales remarcan la necesidad de que los pacientes de cáncer tengan un plan de seguimiento que incluya, entre otros, los siguientes aspectos: información al paciente y la familia y asesoramiento desde Psicooncología y Trabajo Social.

De los datos aportados por los autores consultados, se pueden sintetizar algunos aspectos interesantes para la finalidad de esta investigación. Así se constata que el cáncer, como acontecimiento vital estresante, tiene una capacidad sobresaliente para afectar no solamente a la persona que lo padece sino a las diferentes esferas en las que convive un individuo enfermo. Por tanto, la intervención en el cáncer ha de ser global, atendiendo a la persona afectada y abarcando también las diferentes esferas en las que transitan los sujetos afectados. Otro dato a destacar en estos estudios es que la comunicación con pacientes y familiares es un elemento crucial, que conviene atender con rigurosidad, yendo más allá de la mera información. La atención integral a la persona y a los familiares debe contemplarse como un proceso que abarca la temporalidad de la enfermedad, es decir, desde el momento del diagnóstico, pasando por la fase de tratamiento y la de posttratamiento. El soporte emocional y psicoeducativo permitiría dotar a las

personas afectadas y a sus familias de las competencias necesarias para afrontar la enfermedad con más recursos, teniendo en cuenta que cada paciente y cada familia tienen su especificidad. Finalmente, unos estudios destacan la necesidad de tener el soporte de asociaciones de pacientes una vez finalizados los tratamientos, mientras que otros señalan el beneficio obtenido por los familiares y las propias personas enfermas gracias a la participación activa en grupos de ayuda mutua y asociaciones de enfermos.

1.4. A MODO DE RESUMEN

Desde una visión compleja del ser humano, salud y enfermedad no son términos opuestos. La perspectiva biopsicosocial en oncología va más allá de las implicaciones biomédicas de la enfermedad del cáncer, para abarcar los aspectos sociales, relacionales, emocionales y educativos implicados en esta enfermedad. La complejidad del ser humano y los procesos vitales que le afectan no pueden reducirse de forma lineal.

Dado que las formas de enfermar y curarse han ido modificándose a lo largo de la historia según el contexto y los condicionantes socioculturales, la prevención y la promoción de la salud han encontrado su espacio en los abordajes no-médicos de las enfermedades que, como el cáncer, van más allá del plano puramente biológico. Asimismo, el viraje desde una visión centrada en los déficits hacia una mirada centrada en las potencialidades, permite intervenir de forma constructiva. También se evidencia un cambio en la actitud de las personas afectadas, que se convierten cada vez más en agentes activos de su proceso de curación. Para ello la información y la colaboración estrecha con los profesionales sanitarios es un aspecto clave.

Se conoce la relación entre emociones y cáncer ya desde la antigüedad, aunque no es hasta la primera mitad del siglo XX cuando se empiezan a hacer las primeras investigaciones que relacionan la influencia de las emociones con el

sistema inmunitario, y cómo el sistema inmunitario tiene un protagonismo considerable en la regulación del crecimiento de los tumores. Por tanto, se han de tener muy presentes los aspectos psicológicos y sociales que se ponen en marcha con relación a la enfermedad oncológica, ya que la atención y el cuidado de estos aspectos psicosociales mejora la calidad de vida, tal y como señala el mismo *Pla Director d'Oncologia de Catalunya* (Departament de Salut, 2009:5): “Las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes con cáncer son un aspecto relevante a lo largo del proceso de atención oncológico, bien en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento como en las curas paliativas cuando son necesarias, ya que influyen en la calidad de vida hasta después de haber finalizado los tratamientos”.

Frente a una enfermedad en general, y sobre el cáncer en particular, la percepción que la persona afectada tiene de lo que le ocurre es un aspecto clave a la hora de favorecer la colaboración del paciente y garantizar su adhesión al tratamiento. Que el cáncer es una enfermedad con una fuerte carga negativa en el imaginario popular es algo que está fuera de toda duda. Por eso, los aspectos llamados subjetivos de toda persona afectada son de interés para los profesionales implicados. Dentro de esta subjetividad, se produce en algunos casos un fenómeno de cambio a consecuencia de afrontar la enfermedad. Se habla de resiliencia para hacer referencia al proceso de transformación que tiene lugar después de experimentar los efectos nocivos de un acontecimiento traumático o estresante, que promueve un cambio positivo en las personas que han sido afectadas.

“Hay tres componentes principales de las iniciativas de educación sanitaria y promoción de la salud basadas en la evidencia: su fundamento en un modelo teórico sólido, el tener un contenido definido y repetible, y el lograr una eficacia conocida y relevante. Sin ellas, la educación sanitaria y la promoción de la salud se convierten fácilmente en retórica vacía, cuando no en coartada para la pasividad” (Villalbí, 2001:489)

CAPÍTULO 2

2. LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN PERSONAS CON CÁNCER

2.1. INTRODUCCIÓN

El conocimiento derivado de la aplicación del método científico en las ciencias humanas y sociales ha de tener como finalidad la generación de nuevo conocimiento además de contribuir a aumentar la calidad de vida de las personas.

Las intervenciones en el ámbito oncológico no se limitan únicamente a las acciones de carácter sanitario, si tenemos en cuenta la perspectiva biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad. Así, la promoción de la salud permite contribuir a la prevención y a la mejora de la calidad de vida de las personas que están afectadas por el cáncer.

Aunque el abordaje principal del cáncer sea el biomédico, las implicaciones psicosociales de la enfermedad la hacen susceptible de beneficiarse de otro tipo de intervenciones, siendo las de carácter psicoeducativo una estrategia más junto con las intervenciones psicoterapéuticas propias de la Psicología. No en vano determinados estilos de vida y hábitos de salud pueden dar cuenta, en parte, de la incidencia del cáncer en la población general.

2.2. LA PROMOCIÓN Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Promoción de la Salud (PS) se entiende como “un proceso que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (OMS, 1998:10). Se trata pues de facilitar que las personas puedan tener un mayor control sobre sus procesos de salud y, por consiguiente, mejorarla, por un lado, y favorecer que los gobiernos implementen políticas públicas que incidan sobre esos determinantes de la salud, por otro lado.

Por otra parte, entendiendo la educación en el sentido más amplio y complejo del término, más allá de la simple instrucción o aprendizaje, se puede definir la Educación para la Salud de la siguiente manera: “La educación para la salud comprende las **oportunidades de aprendizaje** creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (OMS, 1998:13). Como señala la OMS, la educación para la salud va más allá de la mera transmisión de información; incluye también el hecho de facilitar o promover la motivación, la capacitación en competencias y el fomento de la autoestima como estrategias óptimas para que las personas sean competentes a la hora de adoptar las medidas necesarias para mejorar su salud. Para la OMS la educación para la salud es algo más que un aspecto formativo, contemplando

también los aspectos emocionales de la persona en sus procesos de salud y enfermedad.

En la promoción de la salud y en la atención sanitaria, se ha pasado de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en la salud, de la patogénesis a la salutogénesis, una forma de mirar las intervenciones centradas en los aspectos que promueven la salud (Bisquerra, 2003, Colomer y Álvarez-Dardet, 2000). Aunque sea una diferencia de matiz, implica un cambio en el trabajo de los profesionales (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000), si bien un nuevo modelo de atención integral obliga, como señalan Ollero y Orozco (2011:38), a “redefinir los roles de los protagonistas tradicionales de la atención sanitaria y a definir nuevos perfiles profesionales, modificando o ampliando sus competencias”, y sugieren que favorecerá la emergencia de nuevos perfiles profesionales adaptados a las nuevas necesidades de las personas afectadas por enfermedades crónicas.

Se puede decir que la evolución y la transformación de los conceptos de salud y enfermedad ha posibilitado, en buena medida, una nueva manera de entender la Promoción de la Salud (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000; Roales-Nieto, 2004; Perea, 2009). A consecuencia de estos cambios, se entiende la salud y la enfermedad desde una perspectiva más amplia, y esta manera de entenderlas permite enfatizar los recursos personales, comunitarios y sociales disponibles para hacer frente no solo a determinados trastornos, sino también a mejorar los procesos y las condiciones de vida de las personas (Violant, Molina y Pastor, 2011). En efecto, la promoción de la salud va más allá de las intervenciones de los profesionales sanitarios o del mismo sistema de salud, ya que son las formas de vivir y convivir que favorecen o dificultan una sociedad lo que tiene un peso específico en la modificación de determinadas situaciones de sufrimiento (Echevarría, 2003; Nieto, 1983). En este sentido, las intervenciones psicoeducativas pueden aportar su grano de arena al estimular un comportamiento activo en las personas afectadas por una enfermedad, así como posibilitar la puesta en práctica de los propios recursos y los del contexto social en que se encuentran y, en definitiva, promover la resiliencia (Violant, Molina y Pastor, 2011:26). Sin embargo, y a pesar de que la educación

aparece como elemento explícitamente destacado en los actuales modelos de los determinantes de la salud, según Gil Villa (2012), la educación sanitaria no avanza con la misma celeridad que la investigación biomédica

2.2.1. LAS INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADAS EN LA EVIDENCIA

La educación tiene, entre otras potencialidades, una enorme capacidad para promocionar la salud en general y para reducir las desigualdades sociales en particular. También es importante el papel de la educación a la hora de promover la participación de las personas en aquellos aspectos relativos a su salud, aunque el conocimiento de los determinantes de la salud, por ejemplo, no está a menudo disponible para el público en general o bien no se llama a la participación a la hora de proponer aquellas ayudas que puedan favorecer la equidad en salud (Dahigren y Whitehead, 1992).

La educación para la salud es, para Sánchez Lázaro (2005) una de las mejores estrategias para la prevención de situaciones de desventaja y dificultad, ya que permite mejorar la prevención y el restablecimiento de la salud, promocionando estilos de vida saludable. La educación para la salud global puede ser una herramienta potencialmente influyente a la hora de conseguir una equidad en salud, para reducir las disparidades en salud, y también para los futuros profesionales, tal como señalan Liu, Zhang, Liu y Wang (2015).

Según López, Veloso, Herrer y Martínez (2008), la educación para la salud en personas con enfermedades crónicas es una estrategia para la prevención y para la mejora de la calidad de vida, y tomando como ejemplo la cardiopatía congénita, elaboran un programa psicoeducativo en el que las personas participantes identifican algunas necesidades educativas como conocer las causas de la enfermedad, los factores de riesgo, los síntomas clínicos y los tratamientos farmacológicos, cambios en los estilos de vida, relaciones íntimas en la pareja

después del diagnóstico de la enfermedad, y actividades y esfuerzo físico que pueden llevar a cabo.

En opinión de Aragonès, Cardoner, Colom y López (2014), la educación en el contexto de enfermedades crónicas debe potenciar el papel de la persona afectada de manera que se responsabilice de su autocuidado, por un lado, y debe proporcionar conocimientos y competencias para manejar la sintomatología y fomentar la colaboración con los profesionales sanitarios, por otro.

Además, la nomenclatura “basado en la evidencia” se utilizó inicialmente en el ámbito médico para hacer referencia a aquellas prácticas, intervenciones o acciones que de forma consciente, explícita y juiciosa utilizan la mejor evidencia actual a la hora de tomar decisiones sobre la atención a los pacientes (Sackett, Rosenberg, Gary, Haynes y Richardson, 1996). No obstante, esta forma de trabajo se ha ampliado y trasladado a otras disciplinas, de manera que la expresión “práctica basada en la evidencia” es un término más global y abarca a diferentes profesionales y disciplinas que intervienen en la salud (Sánchez y Aguinaga, 2013). Sin embargo, en otras disciplinas no médicas, también se habla de prácticas o intervenciones basadas en la evidencia, para hacer referencia a estas prácticas que desde un punto de vista científico han demostrado un determinado nivel de eficacia. Conviene remarcar que los niveles de evidencia científica en las ciencias humanas y sociales están lejos de cumplir los requerimientos de evidencia científica de las ciencias biomédicas, como se verá más adelante.

Existen tres componentes clave en las intervenciones de promoción y educación para la salud basadas en la evidencia científica. Estos componentes serían la fundamentación teórica, la existencia de unos contenidos explícitos, y la consecución de una eficacia relevante (Villalbí, 2001). Implementar prácticas basadas en la evidencia se justifica por la necesidad de asegurar una utilización razonable de los recursos, así como por la obligación de garantizar una mejora en la salud y calidad de vida de las personas (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, 1999, Ollero y Orozco, 2011).

Tal y como señalan Cofiño, Álvarez, Fernández y Hernández (2005) en relación con las actividades comunitarias de promoción de la salud, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones en torno a la evidencia de estas actividades, puesto que los niveles de evidencia de la práctica biomédica no se pueden aplicar de la misma manera a las actividades comunitarias de promoción de la salud. Estas consideraciones serían: la dificultad en realizar ensayos controlados aleatoriamente; la utilización de estudios observacionales; la inclusión de información acerca del proceso, del contexto, de las interacciones entre la intervención propuesta y el contexto en el que se aplica; la identificación de aquellas necesidades e intereses de la comunidad sobre la cual se va a dirigir la acción, y por último, y no por ello menos importante, la consideración de que la financiación no va a provenir mayoritariamente de la industria farmacéutica. Por todas estas consideraciones, en opinión de estos autores es necesario contemplar otras dimensiones para valorar la evidencia de estas acciones, como “la efectividad, el marco teórico sobre el que se fundamenta la intervención y la existencia de contenidos definidos y repetibles que disminuyan la variabilidad en su aplicación” (p. 480).

Si bien la evaluación de estas intervenciones no está exenta de controversias, Morales, Gonzalo, Martín Santo y Morilla (2008:7) recogen la opinión de algunos autores que sugieren “la aplicación del “principio de prevención”, el cual implica que deben esperarse efectos positivos de determinadas intervenciones, aunque sea improbable que puedan verificarse de forma absoluta”. Es recomendable, pues, aplicar una determinada estrategia bajo el supuesto de que puede producir un efecto beneficioso.

Roales-Nieto, Moreno, Vinaccia, Contreras, Fernández, Londoño, Salas y Medellín (2004) recogen evidencias de diversos autores que señalan que conviene valorar no solo los hábitos de vida de las personas que se pueden beneficiar de programas de promoción de la salud, sino también evaluar sus conocimientos y sus creencias acerca de la salud. Sánchez Lázaro (2005) apuesta por un modelo de educación para la salud que incorpore las percepciones de las personas tanto en la

elaboración de los objetivos como en la evaluación de los resultados. López-Barajas (2006) considera que la mejora cualitativa de la salud demanda del conocimiento de los diferentes niveles de la vida humana (antropológico, psicosocial, físico, cultural...) ya que el comportamiento de las personas tanto individual como colectivo dependen de múltiples factores.

En contextos como el de la salud mental, por ejemplo, las intervenciones psicoeducativas son un elemento más en la acción global dirigida a las personas afectadas (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). También hay datos acerca de intervenciones de apoyo a cuidadores de personas dependientes a partir de programas psicoeducativos (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008). En el ámbito biomédico también se está llevando a cabo un cambio en el proceso de toma de decisiones, desde un modelo tradicional en el que el profesional de la salud decidía el tratamiento más adecuado para el paciente, pasando por un modelo de toma de decisiones compartida, hasta llegar a un modelo donde el médico informa y el paciente toma la decisión conjuntamente. Así pues, el modelo de atención centrado en el paciente, y en la familia, donde los profesionales sanitarios y el paciente, de común acuerdo, llevan a cabo la elección terapéutica, es un marco de trabajo que reconoce la importancia del papel activo del paciente a la hora de participar en el tratamiento, de manera que dé respuesta a sus necesidades de forma individualizada (Arrighi y Jovell, 2009; Lifshitz, 2010; Sullivan, 2003). Sería lo que Mira (2005) describe como el *paciente competente*, expresión que dibuja un tipo de pacientes con acceso a la información sanitaria, que utiliza ese conocimiento para afrontar de forma eficaz las enfermedades que le sobrevienen, que se implica activa y autónomamente en aquellas decisiones que le corresponde tomar, con una actitud de respeto hacia los profesionales sanitarios. De hecho, se considera que el autocuidado y la autogestión (*self-management*) incrementan su importancia en la medida en que los pacientes se implican en el tratamiento de sus enfermedades (Strauss y Brenk-Franz, 2016).

En esta línea se desarrolla en Cataluña desde el 2006 el programa "*Pacient Expert Catalunya*", que tiene por objetivo potenciar el autocuidado, la

responsabilidad y la autonomía de las personas con una enfermedad crónica. Existen programas similares en otras comunidades autónomas, como por ejemplo el “Paciente Activo” de la Junta de Castilla y León, o el programa “Paciente Experto” de la Junta de Andalucía, entre otros. En definitiva, se trata de favorecer y potenciar la participación activa de la persona afectada, ya que su colaboración es vital (Lifshitz, 2010). Son iniciativas que también se están desarrollando en diferentes países para abordar las enfermedades crónicas, y que mejoran los resultados en salud, destacando el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas, que se inició en EE.UU. de la mano de Edward Wagner (Ollero y Orozco, 2011).

En el contexto socioeconómico actual, las intervenciones basadas en criterios de evidencia científica contrastada constituyen un aspecto nada desdeñable. Esto es incuestionable en el ámbito biomédico. En el campo de la educación y la promoción de la salud las prácticas que no se fundamentan en la evidencia “se convierten fácilmente en retórica vacía, cuando no en coartada para la pasividad” (Villalbí, 2001:489). De hecho, durante mucho tiempo, las prácticas de educación y promoción de la salud no han tenido la consideración de actividades científicas, debido a la falta de especificidad, criterios de evaluación y resultados consistentes (Cofiño, Álvarez, Fernández y Hernández, 2005; Díez, Juárez y Villamarín, 2005). En este aspecto se está avanzando para modificar los puntos débiles como han sido la evaluación y el diseño de calidad de las intervenciones.

Es evidente que cualquier acción educativa para la salud debe poder confirmar si está produciendo efectos positivos (Sánchez Lázaro, 2005, Glasgow y Linnan, 2008). En el año 2008, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con el Ministerio de Educación, Política Social y Deportes, elaboraron una guía para las autoridades educativas y sanitarias acerca de los criterios de calidad para desarrollar proyectos y actuaciones de educación para la salud en el ámbito de la educación secundaria obligatoria. Algunas de las temáticas que se consideraron prioritarias para promover la salud eran el bienestar y la salud emocional (Salvador, Suelves y Puigdollers, 2008). Entre los criterios de eficacia de los programas de Educación para la Salud, dentro de estas temáticas, constatan los siguientes:

- Los programas han de proporcionar información sobre un determinado problema o tema de interés para la salud, y que tiene por objetivo situar el estado actual de la cuestión que se quiere tratar.
- Los programas han de promover el aprendizaje experiencial, es decir, un tipo de aprendizaje que propone la resolución de un problema o de una situación a partir de la utilización de recursos como el ensayo de una conducta, la búsqueda de información y fuentes fiables, la puesta en común de experiencias y la discusión en grupo.
- Los programas han de favorecer la transferencia de conocimientos, esto es, que lo aprendido se pueda extrapolar a situaciones de la vida real de las personas.

Como se apuntaba en párrafos anteriores, el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas desarrollado por Wagner identifica una serie de elementos clave en la atención de las personas con enfermedades crónicas, dando evidencias de mejora de resultados en salud, como señalan Ollero y Orozco (2011). Estas áreas clave serían: la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones, y los sistemas de información clínica.

Finalmente, resaltar, que las acciones de educación y promoción de la salud son posibles cuando las sociedades utilizan estrategias que no se fundamentan en el miedo, la delegación de responsabilidades en los profesionales de la salud, y en las fórmulas mágicas para mitigar el malestar de la población (Sánchez Lázaro, 2005). También destacar que el informe de la OMS (2013) sobre los determinantes de la salud en la zona europea, afirma que para que las acciones sean efectivas, éstas deben ser sistemáticas y sostenidas en el tiempo. Finalmente, una revisión exhaustiva elaborada por Pinheiro, Antero, Florencio, Ferreira, Leite, Advicula, Andrade y De Abreu (2014) distingue la importancia de llevar a cabo experiencias de

educación para la salud en diferentes contextos y ámbitos, como la atención primaria, los hospitales y las escuelas, a través de diversidad de temas y mediante distintas metodologías.

2.2.2. LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN EL CÁNCER

El estudio de las necesidades de las personas con cáncer y sus familias arroja información interesante de cara a planificar estrategias de intervención que vayan más allá de los aspectos meramente sanitarios (Arrighi, Blancafort y Jovell, 2008). En los estudios consultados se pone de manifiesto que el cáncer afecta también a la salud emocional de las personas afectadas. Hay datos que confirman la presencia de trastornos psicopatológicos, depresión, ansiedad y malestar emocional en los pacientes con cáncer (De Vries y Stiefel, 2014; Hernández, Cruzado y Arana, 2007; Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, González y Martín, 2012); si bien la disparidad de metodologías dificulta establecer unos resultados claros sobre la prevalencia real, es decir, la proporción de personas con cáncer que presentan este tipo de dificultades. No obstante, se recomienda una adecuada valoración de las necesidades psicológicas de las personas con cáncer (Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, González y Martín, 2012; Hernández y Cruzado, 2013).

La mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos demanda la incorporación de psicoterapias de apoyo emocional, la información y el asesoramiento en la toma de decisiones compartida entre los profesionales sanitarios y los pacientes (Malin, Schneider, Epstein, Adams, Emanuel y Kahn, 2006). Existen, por tanto, componentes sanitarios, psicoterapéuticos y socioeducativos imprescindibles en el abordaje integral de la persona con cáncer. “Las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes con cáncer son un aspecto relevante a lo largo del proceso de atención oncológico, bien en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento como en las curas paliativas cuando son

necesarias, ya que influyen en la calidad de vida hasta después de haber finalizado los tratamientos” (Departament de Salut, 2009:5).

García Romero (2011) señala que las intervenciones dirigidas a las personas enfermas y sus familiares han de integrar aspectos socioeducativos y psicoterapéuticos a partir de un análisis de las necesidades de los participantes, sin olvidar las creencias, los valores culturales y familiares que, adecuadamente manejados, pueden favorecer una intervención integral frente a la enfermedad. Bárez (2002) recoge datos acerca de las intervenciones informativo-educacionales (esto es, información acerca de la enfermedad y sus tratamientos, por un lado, y educación en afrontamiento y control de emociones, por otro). Los datos que recoge señalan que esta estrategia facilita la adaptación a la enfermedad dado que contribuyen a incrementar el juicio de control que tienen las personas afectadas en relación con su enfermedad, y además les enseñan estrategias para afrontarla.

Cruzado (2003:11) dice que la Psicooncología es un “un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios”. El abanico de intervenciones psicoterapéuticas de tipo individual y de tipo grupal es diverso. Las intervenciones psicoterapéuticas como por ejemplo la psicoterapia individual y la psicoterapia grupal con pacientes de cáncer serían terreno exclusivo de la intervención del psicólogo clínico y de la salud especializado en psicooncología (Alonso y Bastos, 2011; Ochoa, Sumalla, Maté, Castejón, Rodríguez, Blanco y Gil, 2010).

También se han encontrado referencias a los estándares en la atención psicosocial dirigida a enfermos de cáncer (Gil y Novellas, 2004), en las que se considera la participación de profesionales de la Psicología, el Trabajo Social y la Enfermería. En el actual panorama de cambios sociales y políticos, la Educación para la Salud llevada a cabo por profesionales de la Educación, puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas, dejando pues las

intervenciones de tipo psicoterapéutico a los profesionales de la Psicología. Como señalan algunos autores, es conveniente llevar a cabo acciones educativas en aquellos ámbitos en los que los ciudadanos reciben atención educativa y sanitaria (Molina y Cabra, 2005). Autores como Cárdenas y López (2005) defienden específicamente la presencia del profesional de la Educación Social en el ámbito hospitalario, promoviendo las relaciones humanas, trabajando para la madurez social de la persona y preparándolo para convivir en la comunidad después de su recuperación.

En el caso del cáncer, Pérez Jarauta, Echaury, Ancizu y Chocarro (2006:8) afirman: “La educación para la salud en este campo, incluirá educación poblacional sobre estilos de vida, consejo educativo para la prevención, una dimensión clínico–educativa en el diagnóstico, ayuda a la toma de decisiones informada respecto a las pruebas diagnósticas o a la elección del tratamiento, educación en la aceptación de la enfermedad y respecto a las medidas de autocuidado, educación y apoyo a pacientes terminales y sus familiares, etc.”. En esta línea Arbizu (2000:174) sostiene que “La educación para la salud es fundamental para la adquisición de hábitos de salud que prevengan la aparición del cáncer”.

Existen estudios sobre la calidad de la asistencia oncológica en España, como el coordinado por Arrighi, Blancafort y Jovell (2008), donde se realizan una serie de recomendaciones acerca de los criterios de calidad de la asistencia oncológica. Conviene resaltar los que son de interés para esta investigación, esto es, aquellos aspectos de intervención psicoeducativa y las acciones dirigidas a los cuidadores principales y a las familias de los pacientes de cáncer. En el estudio se detallan, entre otros, las siguientes recomendaciones:

- La promoción de intervenciones preventivas eficaces y sistemáticas, incluyendo la educación para la salud durante todo el ciclo vital.
- La atención psicosocial tanto al paciente como a la familia.

- La identificación y el seguimiento de la persona que ejerce la función de cuidador principal.
- La información adecuada adaptada al paciente.
- Asistencia emocional y apoyo a los pacientes, a sus familiares y al equipo asistencial.
- Rol activo de los pacientes en la participación en asociaciones.

Como señala Rojas-Marcos (2010), frente a cualquier tipo de adversidad, una manera especialmente útil de protegerse es el tener acceso a información de fuentes fiables, de manera que las personas tengan datos relevantes de la situación que están viviendo. La información no solo tiene que ser pertinente, sino que también ha de ser cierta. Por otra parte, y dada la confusión a la que las personas pueden verse sometidas al encontrarse afectadas por un contratiempo, la información ha de ser proporcionada de forma comprensible. Finalmente, esta información ha de poder ser manejada por el propio sujeto. Por estos motivos, la información es uno de los puntos clave que se van a tener presentes como criterio de calidad a la hora de seleccionar programas psicoeducativos dirigidos a las personas con cáncer o sus familiares.

Teniendo en cuenta lo que se conoce como el paciente competente (Mira, 2005), parecería que esta mirada debería estar también presente en las intervenciones psicoeducativas dirigidas a pacientes y familiares de enfermos de cáncer, aspecto que se recoge en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Autonomía del Paciente (Cruzado, 2003). En esta misma línea se expresan Gil y Novellas (2004:184) al afirmar que “los programas psicoeducativos a pacientes y familiares tienen como objetivo facilitar la comprensión de los factores médicos y psicosociales relacionados con la enfermedad oncológica y facilitar la toma de decisión compartida con su médico en relación al tratamiento y seguimiento médico”.

A continuación se detallan algunos ejemplos de intervenciones psicoeducativas con pacientes de cáncer en nuestro entorno junto con los contenidos de las mismas:

El “Manual de psico-educación para pacientes con cáncer de mama”, de Fernández-López, Denia, Jurado, Pérez, Navío y Jiménez-Arriero (2010) es una intervención psicoeducativa estructurada en la que se abordan contenidos de educación para la salud y educación emocional en una propuesta formalizada en cuatro sesiones de trabajo dirigida a mujeres afectadas por el cáncer de mama. El manual está elaborado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre de Madrid, y habla de la psicoeducación como una técnica de intervención psicológica para facilitar la comprensión entre aspectos emocionales, cognitivos y estilos de vida. En estas sesiones se trabaja de forma gráfica los niveles de ansiedad, enfado y autocontrol experimentados durante la semana (para cada sesión), y después se trabajan contenidos referidos a: 1) la influencia de los factores psicosociales en la salud, la importancia de adoptar un rol activo en el afrontamiento de la enfermedad, y un listado de ideas sobre las que reflexionar; 2) la función de las emociones y sus manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras, y se trabajan técnicas de respiración y relajación física, 3) estrategias para desvincularse de las emociones negativas, solventar dudas en las revisiones médicas, y reestructurar cognitivamente el pensamiento; se resalta la importancia de implementar hábitos saludables (información nutricional, actividad física...), y 4) se abordan algunas distorsiones cognitivas en relación con la imagen corporal y orientaciones para adaptarse a los cambios; se trabajan contenidos dirigidos a conocer y comprender el impacto de la enfermedad en la pareja y en la familia, y técnicas de comunicación asertivas.

Respecto a la efectividad de las intervenciones psicoeducativas dirigidas a las personas afectadas por el cáncer, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2013) señala que existen evidencias que respaldan la eficacia de este tipo de intervenciones. El documento hace una valoración de algunos documentos gubernamentales como la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, la

Estrategia en Cuidados Paliativos, donde se remarca la necesidad de mejorar la atención a pacientes, familiares y profesionales. Este informe recoge que las intervenciones psicosociales “tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y adaptación del paciente y personas de su entorno familiar ante la enfermedad” (p. 6), señalando que éstas abarcan aspectos preventivos, información al paciente, preparación para las intervenciones, acciones específicas en la fase terminal, y entrenamiento dirigido a personal voluntario y personal sanitario. El informe de la Agencia incluye la intervención psicoeducativa dentro del catálogo de intervenciones psicosociales.

Ahora bien, la necesidad de evaluar la eficacia de las intervenciones choca con la complejidad de la enfermedad, de manera que hay que tener en cuenta que cada tipo y cada etapa del cáncer es diferente, que existen diferencias en cuanto a la población diana, que los contextos de aplicación de las intervenciones también varían, etc. De ello se desprende, pues, la “dificultad de determinar no si las intervenciones son efectivas, sino compararlas entre si y señalar en qué condiciones y para qué pacientes pueden aportar todo su beneficio” (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2013:35).

Este mismo informe recoge también referencias procedentes del *National Cancer Institute* de EE.UU., donde se definen las intervenciones psicosociales como aquellas estrategias de carácter no farmacológico que incluyen aspectos psicológicos y educativos, como relajación, estrategias de resolución de conflictos, educación e información sobre la enfermedad, y apoyo social grupal. Se apunta a una mayor eficacia de las intervenciones cuando éstas se activan en el momento en que las personas afectadas experimentan mayores niveles de sufrimiento, como suele ser en los primeros días de sus experiencias con el cáncer.

Fawzy (1999) llevó a cabo una revisión de las intervenciones psicosociales más usadas con pacientes oncológicos: educación, afrontamiento, soporte emocional, y psicoterapia, para buscar evidencias acerca de las intervenciones que funcionan y las que no, con la finalidad de proporcionar criterios para evaluar la

eficacia de las mismas. Los datos recogidos por Fawzy muestran que, como estrategia de intervención psicosocial en pacientes con cáncer, la educación acerca de la enfermedad demanda ser adaptada al tipo y la fase de la enfermedad.

Newell, Sanson-Fisher y Savolainen (2002) llevan a cabo una revisión sistemática de las terapias psicológicas para pacientes con cáncer, donde también aparecen intervenciones educativas, relajación, *counseling* y técnicas de imaginación guiada. A pesar de la gran cantidad de estudios revisados, los autores señalan importantes críticas metodológicas a la mayoría de estudios, de manera que consideran que hay que continuar investigando para aportar evidencias de la eficacia de las intervenciones en pacientes con cáncer.

Raingruber (2011) hace una revisión de la literatura científica publicada entre los años 2006 y 2011 para mostrar la efectividad de determinadas intervenciones psicosociales dirigidas a personas con cáncer: intervención cognitivo-conductual, intervenciones de apoyo, intervenciones grupales, e intervenciones de asistencia telefónica. Los resultados avalan la efectividad de los diferentes tipos de intervenciones, si bien argumentan que la diversidad de intervenciones, grupos de edad, estadios de la enfermedad, medición de los resultados y calidad metodológica representan una dificultad a la hora de hacer una valoración integral de los resultados.

De Vries y Stiefel (2014) hablan de intervenciones psicológicas en oncología haciendo referencia a intervenciones psicoeducativas, soporte psicológico y psicoterapia. Las intervenciones psicoeducativas tienen que ver con ofrecer al paciente educación relativa al estado físico y mental que provoca estrés, de manera que en ese aprendizaje, la persona afectada puede sentir mayor control sobre su enfermedad y, por tanto, puede ayudar a reducir el malestar emocional.

2.2.3. EL ESTADO ACTUAL DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

Para corroborar el estado de la cuestión en relación con los programas educativos específicos en el contexto de la oncología en nuestro contexto, se ha llevado a cabo una revisión sistemática y rigurosa en las bases de datos más importantes.

Un procedimiento de este tipo es una herramienta fundamental para obtener, de forma sintética, información científica actualizada (Soria y Navarro, 2013). Se seleccionaron las siguientes bases de datos: Social Sciences Citation Index (WoS Core Collection), ERIC, American Medical Association, CSIC IME Biomedicina y CSIC ISOC Humanidades y Ciencias Sociales, Cochrane Plus y Cochrane Library, Nature, Dialnet Plus, MEDLINE (WoS) y MEDLINE PubMed, SciELO, TDX, ScienceDirect, Essential Science Indicators (ISI), Educ@ment, PsycINFO (APA), SCOPUS.

La búsqueda se ha llevado a cabo cruzando los términos “intervención educativa”, “intervención apego”, “programa educativo”, “educación emocional”, “cáncer”, “adulto”. Se revisaron las publicaciones de los últimos 20 años, filtrando los resultados en función de su disponibilidad para acceder al texto completo, la población a la cual estaban dirigidos y su relevancia en relación con la temática del estudio. El resultado final de esta revisión se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 2. Programas psicoeducativos en oncología desde 1996 a 2016

Autores	Objetivo del artículo o de la intervención	Problemática de salud y grupo diana	Propuesta de intervención	Resultados
Ventura-Morales, Castellanos-Rojas, Chávez y Sánchez (2015)	Investigación dirigida a identificar el conocimiento en materia de prevención del cáncer en las adolescentes	Cáncer cérvico-uterino 246 estudiantes adolescentes mexicanas entre los 12 y los 15 años de edad	Programa educativo a través de un taller sobre virus del papiloma humano	Las adolescentes tienen poca información sobre educación sexual, las ITS y su relación con el cáncer cérvico-uterino Las medidas pretest y posttest demuestran la efectividad de la intervención educativa
García y Alos (2015)	Artículo de revisión de Revisar la eficacia de los tratamientos en supervivientes de cáncer	Fatiga en pacientes de cáncer La mayoría de estudios revisados se han llevado a cabo con supervivientes de cáncer de mama (no se indica número pacientes)	Psicoterapia cognitivo-conductual Programa educativo (manejo estrés, ejercicio físico y nutrición) <i>Mindfulness</i>	La terapia cognitivo-conductual y el <i>mindfulness</i> aportan mayores datos que avalan su eficacia, por delante de las intervenciones psicoeducativas.
De la Maza, Fernández, Concha, Santolaya, Villarroel, Castro y Torres (2015)	Determinar el impacto de un programa educativo para aumentar el conocimiento de la enfermedad y disminuir la ansiedad en el cáncer	Conocimiento de la enfermedad y ansiedad relacionada con la misma 96 padres de niños con cáncer	Intervención educativa de 7 sesiones donde se describen aspectos como las unidades de oncología, generalidades del cáncer infantil, quimioterapia, mucositis, neutropenia febril, aislamiento y catéter venoso central.	La intervención educativa aumenta significativamente el nivel de conocimiento de los padres pero no contribuye a disminuir la ansiedad de éstos frente a la enfermedad de sus hijos

Autores	Objetivo del artículo o de la intervención	Problemática de salud y grupo diana	Propuesta de intervención	Resultados
Galindo, Rojas, Ascencio, Meneses, Aguilar, Olvera, Díez y Alvarado (2015)	Revisión bibliográfica Facilitar el diagnóstico y tratamiento psicosocial de los cuidadores primarios de personas con cáncer	Cuidadores primarios de pacientes adultos con cáncer (no se indica el número de pacientes)	Se revisan intervenciones psicoeducativas, capacitación y orientación psicoterapéutica	Los resultados señalan que las intervenciones dirigidas a los cuidadores tienen efectos positivos en su funcionamiento psicosocial
Cruz, Castillo, Pérez y Abeledo (2015)	Reforzar el conocimiento y promover una conducta responsable que permita la prevención primaria del cáncer de pulmón	133 mujeres	Programa educativo de 10 sesiones semanales en formato taller de 1,5h, organizado en 9 grupos de 10-15 participantes cada uno, abordando la información previa, los factores de riesgo, el funcionamiento familiar, cultura de autocuidado, aprendizaje de competencias de salud	Los resultados a corto y largo plazo muestran que este tipo de programas pueden incrementar la concienciación y promover conductas saludables en la prevención del cáncer de pulmón
León, Miralpeix, Blasco, Jovell, Arcusa, Martín y Seguí (2013)	Comparar la efectividad de una intervención <i>mindfulness</i> con una intervención psicoeducativa estándar en pacientes oncológicos	20 pacientes para el grupo de <i>mindfulness</i> y 17 pacientes para el grupo de intervención psicoeducativa	La intervención con <i>mindfulness</i> fueron 10 sesiones semanales de 2,5h cada una, con práctica diaria en casa. La intervención educativa fueron 8 sesiones semanales de 2,5h	Los resultados indican que el <i>mindfulness</i> mejora significativamente el malestar emocional y la calidad de vida, superior a la intervención psicoeducativa

Autores	Objetivo del artículo o de la intervención	Problemática de salud y grupo diana	Propuesta de intervención	Resultados
Ramírez, Ramírez, Vergel, y Santafé (2012)	Evaluar el soporte social con el uso de las TIC's y el teléfono en los cuidadores principales de pacientes oncológicos	112 cuidadores principales de pacientes oncológicos	Información de soporte social y educativo por medio de líneas telefónicas y en forma escrita (TIC)	Los resultados muestran que estos instrumentos son mecanismos efectivos a nivel emocional y educativo para los cuidadores
Rodríguez, Priede, Meso, Arranz y Palao (2011)	Revisión bibliográfica Promover el crecimiento postraumático en supervivientes de cáncer a partir del entrenamiento en <i>mindfulness</i>	Supervivientes de cáncer (no se indica el número de pacientes)	Se evalúa la efectividad de las intervenciones a través del <i>mindfulness</i> en supervivientes de cáncer	Los resultados de los estudios refieren efectos beneficiosos de la práctica del <i>mindfulness</i> en pacientes supervivientes de cáncer
Vallejo y Ortega (2007)	Revisión bibliográfica Ayudar a reducir el estrés y los aspectos emocionales negativos del paciente oncológico	Pacientes con cáncer (no se indica número pacientes)	Programa educativo de <i>mindfulness</i> para la regulación fisiológica del exceso de actividad emocional	Si bien no existe suficiente evidencia para determinar la utilidad del <i>mindfulness</i> en el paciente con cáncer, puede ser útil para reducir el impacto de la enfermedad y los aspectos emocionales asociados
Font y Rodríguez (2007)	Revisión bibliográfica Revisar la evidencia disponible sobre la eficacia de diferentes formas de intervención psicológica en el cáncer de mama	Mujeres con cáncer de mama (no se indica número pacientes)	Se revisan los efectos de intervenciones informativo educativas, técnicas cognitivo-conductuales y psicoterapia de grupo	Se sugiere que las intervenciones educativas (<i>counseling</i>) tienen efectos positivos en el campo afectivo y el afrontamiento especialmente en los inicios de la enfermedad. La psicoterapia grupal mejora su efectividad si destaca los aspectos educativos

Autores	Objetivo del artículo o de la intervención	Problemática de salud y grupo diana	Propuesta de intervención	Resultados
Allard (2007)	Determinar los efectos de una intervención telefónica psicoeducativa en el cáncer de mama	117 mujeres con cáncer primario de mama	Intervención basada en la teoría de autoregulación <i>Attentional Focus and Symptom Management Intervention</i> (AFSM). Dos sesiones telefónicas diarias durante dos semanas, que permitían evaluar y manejar la sintomatología	Los resultados validan la utilidad de un modelo de autoregulación en el diseño de intervenciones individualizadas dirigidas al cuidado.
Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano (2006)	Revisión bibliográfica. Realizar una revisión de los estudios acerca de los aspectos psicológicos relacionados con el dolor en pacientes oncológicos y diferentes estrategias de intervención que se han mostrado efectivas	Pacientes oncológicos con dolor (no se indica número pacientes)	Se revisa la efectividad de diferentes intervenciones en relación con el dolor en pacientes con cáncer: los modelos psicoeducativos, las psicoterapias de apoyo y las terapias cognitivo-conductuales	Los resultados sugieren que la terapia conductual es la que acumula mayor evidencia respecto a su eficacia a la hora de intervenir en el manejo y reducción del dolor, y también las intervenciones psicoeducativas se muestran eficaces (si bien por debajo de la terapia cognitivo-conductual)
López, Fernández, López, Del Valle, Bautista y Cueto (2003)	Evaluar la calidad de la implementación del programa FAPACAN	24 profesionales de 14 centros de salud, y 485 usuarios de atención primaria elegidos al azar del grupo de intervención	Evaluación del programa educativo FAPACAN, diseñado para prevenir el riesgo conductual de cáncer (tabaco, alcohol, alimentación, peso y protección solar y laboral) en Atención Primaria	La calidad objetiva de la implementación del programa es aceptable

FUENTE. Elaboración propia.

En esta investigación se quiere llamar la atención acerca de algunas ideas que se recogen en las diferentes propuestas de intervención dirigidas a las personas afectadas, como es que la gran mayoría de veces se denominan intervenciones psicosociales en sentido amplio, por una parte, y algunas acciones específicas se clasifican como intervenciones psicoeducativas. Sin embargo, las diferentes propuestas consultadas excluyen a los profesionales de la educación de estas estrategias de intervención. Desde esta investigación, pues, se quiere reclamar el espacio educativo como un contexto de intervención propio del profesional educativo, sin que ello implique interferir en las intervenciones de carácter psicoterapéutico o sanitario. Autores como Font y Rodríguez (2007) señalan la utilidad del *counseling* como estrategia de intervención informativo-educativa, o Vallejo y Ortega (2007) ponen su mirada en los programas educativos de *mindfulness* (atención o conciencia plena) en el ámbito de la oncología.

En relación con los objetivos de esta tesis doctoral, entre los cuales está el estudio de la influencia del apego en la resiliencia de los pacientes con cáncer y la propuesta de estrategias educativas favorecedoras del afrontamiento resiliente frente a la enfermedad a partir de los hallazgos de la teoría del apego, conviene señalar los resultados que arroja la revisión sistemática que llevan a cabo Fernández de Araújo, Teva y Bermúdez (2015:254) acerca de los estudios sobre resiliencia en la edad adulta. Esta revisión recomienda que “en los programas de salud se considere el papel de la resiliencia en el pronóstico clínico tras las enfermedades”. Esta revisión, sugiere también que se realicen intervenciones psicosociales con personas en situación de riesgo que potencien la resiliencia. Así mismo, es importante resaltar los datos recogidos por Strauss y Brenk-Franz (2016), que señalan la importancia de tener presente qué tipo de intervenciones pueden fortalecer el apego seguro y mejorar los mecanismos de regulación emocional, así como mejorar la conducta prosocial y favorecer los factores relacionados con la salud a largo plazo. En este sentido, reconocen la existencia de algunas evidencias que vinculan la historia de apegos de las personas con algunos aspectos cruciales

de la conducta de estas mismas personas enfermas, el afrontamiento, la adherencia a los tratamientos y la auto-gestión (*self-management*) de los cuidados.

2.3. A MODO DE RESUMEN

El abordaje integral del cáncer no se limita únicamente a las acciones biomédicas, dadas las implicaciones psicosociales de la enfermedad, y la afectación no solo del sujeto que padece la enfermedad sino también de su entorno más cercano. Se sabe del potencial que tiene la Educación para la Salud a la hora de promocionar la salud en general, promocionando estilos de vida saludable.

En un momento y en un contexto socioeconómico en el que los recursos son limitados, valdría la pena preguntarse si diferenciar e implementar estrategias educativas y psicoterapéuticas podría beneficiar de forma más eficaz a las personas afectadas, optimizando los recursos existentes, y reconocer que existen zonas de acción y estrategias de intervención psicoeducativa que pueden abordarse desde diferentes perfiles profesionales. Quizás la implementación de programas de educación para la salud y educación emocional podrían servir a pacientes con competencias personales y recursos sociofamiliares más preservados, dejando las intervenciones psicoterapéuticas para las situaciones más complejas o donde el abordaje educativo sería por si solo insuficiente.

Frente a una enfermedad en general, y sobre el cáncer en particular, la percepción que la persona afectada tiene de lo que le ocurre es un aspecto clave a la hora de favorecer la colaboración del paciente y garantizar su adhesión al tratamiento. Que el cáncer es una enfermedad con una fuerte carga negativa en el imaginario popular es algo que está fuera de toda duda. Por eso, los aspectos llamados subjetivos de toda persona afectada son de interés para los profesionales implicados. Dentro de esta subjetividad, se produce en algunos casos un fenómeno de cambio a consecuencia de afrontar la enfermedad. Se habla de resiliencia para hacer referencia al proceso de transformación que tiene lugar a consecuencia de

experimentar los efectos nocivos de un acontecimiento traumático o estresante, que promueve un cambio en las personas que han sido afectadas.

La promoción de la salud de las personas afectadas no puede llevarse a cabo al margen de las personas protagonistas. El cambio paulatino que se está dando en torno al protagonismo de las personas afectadas facilita la competencia de las personas en el manejo de las enfermedades. Se habla del paciente competente o del paciente experto para designar una nueva manera de hacer frente a las enfermedades, dejando a un lado el papel pasivo de las personas, de manera que éstas asumen un rol mucho más activo y comprometido en su salud. Las intervenciones psicoeducativas contribuyen a estimular el papel activo de las personas afectadas y que éstas puedan poner en acción sus propios recursos y los del contexto social en el que se encuentran, fomentando en último término el desarrollo de procesos de resiliencia.

“Ninguna enfermedad debe transitar sin la presencia de la esperanza, aun cuando los pacientes se encuentren en fase terminal; este es uno de los derechos de los pacientes mientras vivan, vigente hasta los últimos momentos de su existencia” (Llantá, Grau, Massip, Pire, Rivero y Ortiz, 2005:189).

CAPÍTULO 3

3. LA RESILIENCIA EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD CRÓNICA: A PROPÓSITO DEL CÁNCER

3.1. INTRODUCCIÓN

La resiliencia es un término proveniente del campo de la Física y que se ha propagado en el ámbito de las Ciencias Humanas y Sociales, dando cuenta de las posibilidades de desarrollo que tienen las personas y los grupos a pesar de verse afectados por las adversidades.

Es un concepto que ha adquirido gran popularidad no solamente en el ámbito académico sino también entre el público en general, tal y como se puede observar en Internet, puesto que existen más de ochocientas mil entradas referidas a este concepto en el buscador Google³. Hoy en día se dan charlas, conferencias, cursos y congresos donde se habla de forma extensa de la resiliencia y las posibilidades del concepto en programas de intervención desde ámbitos clínicos, asistenciales y socioeducativos. Sin embargo, a pesar de su popularidad, existen todavía algunas dificultades evidentes en la definición operativa del concepto, así como en su

³ Resultados obtenidos el 3 de Enero de 2016.

delimitación frente a términos relacionados; incluso se debate profundamente acerca de las posibilidades de fomentarla para intervenir preventivamente en grupos o contextos de mayor riesgo.

El estudio y la promoción de la resiliencia ha girado desde sus inicios en el campo de la infancia, desde el trabajo pionero de Emilie Werner. No obstante, la investigación actual en resiliencia se ha extendido a otros ámbitos y grupos de edad. Uno de esos ámbitos es el de las enfermedades, donde el estudio y la promoción de la resiliencia pueden favorecer la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas, comprendiendo su funcionamiento y los elementos que permiten potenciarla.

Así pues, esta investigación pretende ahondar en el estudio de la resiliencia en el ámbito del cáncer, dado que es una situación de adversidad que afecta de forma especial a la persona que la sufre y a su entorno familiar. En esta línea se han estudiado la influencia de factores personales de las personas enfermas y su repercusión en diferentes facetas de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento o las dificultades emocionales presentes en las personas aquejadas por el cáncer. Teniendo en cuenta que un factor de resiliencia es la presencia de vínculos afectivos y apoyos frente a la adversidad, esta tesis tiene como finalidad estudiar el papel que juegan los vínculos afectivos y el apego en particular en el proceso de resiliencia de las personas adultas que padecen el cáncer.

3.2. LA CONTEXTUALIZACIÓN DE LA RESILIENCIA EN EL PANORAMA CIENTÍFICO

En contextos informales puede observarse como el término resiliencia se está popularizando de tal manera que ha llegado a utilizarse incluso como nombre para una canción⁴ del grupo catalán “Minimal 21”. Barudy (2016) afirma que es un término

⁴ <http://www.viasona.cat/grup/minimal/l-habitacio-del-fons/la-resiliencia>

que está de moda. Se llevan a cabo congresos y cursos para dar a conocer qué es y qué se está haciendo en resiliencia, se elaboran programas de intervención para el fomento de la resiliencia, y proliferan los foros en Internet, entre otros. Sin embargo, a pesar de su popularidad y buena acogida, no existe todavía un consenso acerca de lo que se entiende por resiliencia, y mucho menos sobre aquellos comportamientos, emociones y pensamientos que, aún promoviendo la adaptación del sujeto, pueden ser considerados como resilientes. Así pues, conviene detenerse y abordar el concepto para tratar de delimitarlo y estudiarlo de forma rigurosa.

3.2.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

En su etimología, la palabra resiliencia es una vocablo de origen latino, resilio, del verbo resilire, que quiere decir saltar hacia atrás, retirarse, recluir (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). En un ámbito no académico y para el público en general, es posible tener una referencia aproximada de lo que se entiende por resiliencia, dada la popularidad del término; ahora bien, conviene, no obstante, contextualizar brevemente este constructo en el ámbito científico como paso previo a una definición operativa del mismo.

En su origen científico, el término proviene del campo de la Física, para referirse a la capacidad que manifiestan ciertos metales para resistir un impacto y recuperar su estructura original. Posteriormente este concepto se ha trasladado al campo de las ciencias humanas para caracterizar a aquellas personas y grupos que consiguen desarrollarse de forma saludable a pesar de verse sometidas a situaciones de grave adversidad (Forés y Grané, 2008: Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). Así pues, la resiliencia no es un concepto nuevo, aunque sí lo ha sido su estudio en las denominadas ciencias humanas y sociales, especialmente a partir de los estudios de Emilie Werner, durante la segunda mitad del siglo XX. En este sentido se expresan autores como Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003:21) al afirmar que “nunca se insistirá lo bastante en la inestimable aportación del estudio longitudinal hecho por Werner [...]. realizado en el marco de un estudio

cuyo objeto no era la resiliencia, esta observación ha tenido un papel importantísimo en el surgimiento de la misma, no solo como realidad clínica sino también como objeto de investigación”. Por su parte, Theis (2003) señala como el concepto de resiliencia tuvo su origen en las investigaciones llevadas a cabo sobre el riesgo y la vulnerabilidad, especialmente de la mano de Anthony, Garmezy Werner y Rutter.

Como se apunta en el párrafo anterior, los orígenes de la literatura científica en Ciencias Sociales acerca de la resiliencia se sitúan en las publicaciones de Anthony, Garmezy, Rutter y Werner, que son considerados como los autores pioneros más relevantes según las diversas fuentes consultadas (Becoña, 2006; Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003; Navarro, 2003; Rojas-Marcos, 2010; Rutter, 2012; Theis, 2003; Tomkiewicz, 2004). Así, en los años setenta, Anthony llevó a cabo investigaciones sobre lo que se denominaba “niños de alto riesgo”, para observar el desarrollo de niños en situación de riesgo antes de que puedan aparecer patologías. Es cuando empieza a utilizarse el término de vulnerabilidad. En esta misma época, Rutter intentó clasificar a los individuos siguiendo una línea continua desde la vulnerabilidad a la invulnerabilidad. Sin embargo, este intento no sirvió para comprender cómo es posible que la persona pueda superar la situación de adversidad (Theis, 2003). Por otro lado Garmezy, en esta misma década, estudió un grupo de hijos de padres con trastorno esquizofrénico, para valorar el riesgo de los hijos a desarrollar este trastorno. Sus investigaciones fueron relevantes en el ámbito de la salud mental, ampliando los focos de atención en el estudio de la resiliencia. Es decir, que Garmezy proponía no solamente estudiar la disposición positiva personal sino incluir también el ambiente familiar y los sistemas de soporte social (Rutter, 2012). Pero será el conocido estudio longitudinal de Werner entre finales de años los cincuenta y los ochenta, el que ponga en primera línea de interés la cuestión de las potencialidades para la supervivencia en personas que se encuentran en situaciones de extrema dificultad. Esta psicóloga americana estudió un grupo de más de 600 niñas y niños en la isla de Kauai (Hawai) que se encontraban en un contexto de riesgo. De esta investigación se obtuvieron datos muy interesantes respecto al tema de la resiliencia: un tercio de las niñas y niños objeto de estudio se encontraban libres de

complicaciones en su comportamiento al llegar a la adolescencia (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003). Se constató que la resiliencia de estos niños y niñas provenía de capacidades nada fuera de lo común, aunque preservadas gracias a un contexto favorable (Rojas-Marcos, 2010).

Hasta entonces, la Ciencia tenía conocimiento de la resistencia de determinadas personas a las adversidades de la vida. Esta “cualidad” se atribuía mayoritariamente a un aspecto constitucional de las personas, como una característica poco frecuente. No obstante, y a medida que los investigadores se han interesado por este fenómeno, se ha evidenciado que hay algún elemento más que las características individuales, y que están implicados también los referentes familiares y sociales, así como las condiciones de vida de las personas y de las sociedades en que se desarrollan, incluyendo también las características de la situación traumática. Estos diferentes niveles se encuentran en interacción constante y dinámica entre el sujeto y el medio externo, particularmente el contexto relacional o interpersonal. Hay diversos autores que han planteado esta interacción; una muestra de ello son los estudios sobre los efectos de la privación emocional en bebés que llevo a cabo René Spitz (1965), y que pusieron de manifiesto que el desarrollo saludable tiene que ver con la interrelación entre las capacidades y competencias del bebé y las posibilidades que el ambiente le ofrece para desarrollarlas. Sin embargo, el estudio de Spitz no hablaba de resiliencia, al menos no explicitaba el concepto.

La resiliencia es, actualmente, un concepto complejo y de difícil delimitación, dado que implica diferentes factores y elementos que intervienen en su concreción. Como se verá en los próximos párrafos, hablar de resiliencia no implica una definición consensuada y mucho menos operativa, como podría presuponerse. Sin embargo, el concepto ha ido evolucionando, concretándose y configurándose también con el devenir de los tiempos. Según Knight (2007) no existe una definición universal de lo que significa resiliencia. Para Vera, Carbelo, y Vecina (2006) el término resiliencia tiene matices según los autores, y consideran que los estudiosos de procedencia europea tienen una concepción más amplia del término, que incluye

no solo el afrontamiento sino el aprendizaje experiencial después de que el sujeto se vea afectado por la adversidad, lo que se conoce como crecimiento postraumático, término apodado por Calhoun y Tedeschi. La mayoría de los autores norteamericanos, en cambio, se inclinan más por un concepto restringido de resiliencia, es decir, referido al afrontamiento. No obstante, como señala Acero (2008), no todas las personas que se han visto afectadas por una experiencia adversa y consiguen afrontarla, llegan a experimentar un sentimiento de crecimiento personal. Es decir, el afrontamiento de una adversidad no implica necesariamente un comportamiento resiliente.

Aunque es un debate que escapa las pretensiones de esta tesis doctoral, cabe señalar que se producen también algunos discursos muy críticos en relación con la resiliencia, como el que expresa Piña López (2015), que señalan que como a la confusión terminológica y conceptual que acompaña la resiliencia, le sigue una confusión metodológica a la hora de evaluarla que desemboca en una confusión a la hora de interpretarla. Esto le lleva a preguntarse por la utilidad del concepto en el ámbito de las ciencias humanas.

Se observa un amplio abanico de definiciones de resiliencia. Es un concepto polisémico, en palabras de Tomkiewicz (2004). De hecho, se podría afirmar que hay tantos intentos de definición como autores se han dedicado a estudiarla. Según Luthar, Cicchetti y Becker (2000) y también Kalawski y Haz (2003), hay poco consenso en las diversas definiciones del término, mientras que para Navarro (2003) y Theis (2003), entre otros, no hay un consenso definitivo en las definiciones de resiliencia. Garassini (2008) señala la dificultad de su definición. Windle, Bennett y Noyes (2011) consideran que la complejidad de definir un concepto relativamente simple como la resiliencia es, asimismo, del todo conocido en las Ciencias Humanas. En este sentido, Vanistendael⁵ (2014, comunicación personal), en un intento de hacer más comprensible el concepto, utiliza una definición del término que el mismo considera que debe ser “muy sencilla, sin grandes pretensiones

⁵ Stefan Vanistendael tuvo la amabilidad de clarificar algunos aspectos de su concepción de la resiliencia a través de diversos correos electrónicos. Esta afirmación está hecha en uno de esos intercambios.

intelectuales, para comprender más o menos de qué realidad hablamos. Prefiero dar prioridad al sufrimiento humano en general, con o sin traumatismo”. Sin embargo, hay conceptualizaciones de los autores “clásicos” que conviene tener presentes, ya que estos referentes teóricos han elaborado sus modelos comprensivos del fenómeno resiliente.

Para captar esta complejidad que señalan Windle, Bennett y Noyes (2011), se ha de tener presente que cualquier investigación sobre resiliencia ha de justificar o argumentar si está hablando de la resiliencia como un rasgo de personalidad o bien de la resiliencia como un proceso de desarrollo dinámico, ya que hablar de resiliencia como rasgo de personalidad no implica necesariamente haber estado expuesto a una adversidad sustancial, tal y como expresan Luthar, Cicchetti y Becker (2000). De hecho, estos autores señalan que Masten (1994) advierte que la utilización de la resiliencia entendida como rasgo de personalidad se convierte en un terreno abonado para creer que hay personas que “no tienen lo que hace falta” para superar las adversidades, como también expresan Barudy (2016), Vera, Carbelo y Vecina (2006) y Walsh (2004) entre otros. En esta misma línea Talarn, Sáinz y Rigat (2013:166) afirman que, en su opinión, “la resiliencia es un «proceso de respuesta» asociado a los contextos vitales y no un «rasgo» del cual el individuo es, o no, portador”. Como apunta Tomkiewicz (2004), determinados discursos políticos se adhieren a afirmaciones de esta índole para justificar la supresión de políticas en el ámbito del bienestar social. Incluso hay autores que se muestran muy críticos con una definición de la resiliencia limitada únicamente a la superación de las dificultades; en este sentido Walsh (2004:408) lo expresa de la siguiente manera: “Lamentablemente, la errónea concepción que define la resiliencia como el simple acto de dejar atrás los problemas y seguir adelante con la vida coincide con la mentalidad «desechable» de nuestra cultura”. Finalmente señalar que entender la resiliencia como proceso conlleva implicar no solo al sujeto, sino también a la familia, la comunidad y la sociedad como elementos significativos que provean de los elementos necesarios para que las personas se desarrollen plenamente (Infante, 2001).

Sin pretender ser exhaustiva, la tabla 3 recoge diversas autoras y autores que han sido elegidos por ser los referentes más habitualmente citados en la literatura consultada para la elaboración de esta tesis. La tabla recoge las diferentes propuestas de definición del constructo resiliencia, o con aquellas acepciones a las que las autoras y autores se adscriben, y que se muestran ordenadas de forma cronológica. Como puede observarse, las definiciones están lejos de ser objetivas, y hacen referencia a valores culturales y sociales que pueden llegar a ser diferentes según el contexto y la época. Estas definiciones permiten captar los matices y nuevas incorporaciones que se han dado a lo largo del tiempo.

Tabla 3: El concepto resiliencia a lo largo del tiempo y según los autores más habitualmente citados

Autores destacados	Propuesta de definición de resiliencia	Elementos destacar	a
Werner y Smith (1982) (*)	“Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes”.	Adaptación exitosa Individuo Estrés social	
Garmezy (1991) (*)	“La capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”.	Capacidad Adaptación Evento estresante	
Luthar, Cicchetti y Becker (2000) (**)	“Proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva, dentro de un contexto de notable adversidad” (traducción propia)	Proceso dinámico Adaptación positiva Adversidad	
Masten (2001) (**)	“La resiliencia hace referencia a una clase de fenómeno que se caracteriza por buenos resultados a pesar de las graves amenazas a la adaptación o al desarrollo” (traducción propia)	Amenaza, adversidad Éxito	
Grotberg (2001) (**)	“Resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”	Capacidad humana Adversidad Transformación Transformación	

Autores destacados	Propuesta de definición de resiliencia	Elementos a destacar
Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003) (**)	“La capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”.	Estrés ambiental, trauma Capacidad Proyección de futuro
Walsh (2004) (**)	“La resiliencia puede definirse como la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida”.	Capacidad Adversidad Crecimiento Proceso activo
Vanistendael (2006) (**)	“La resiliencia es la capacidad de una persona de resurgir, de manera socialmente aceptable, a pesar de las tensiones o la adversidad que normalmente comportan el riesgo de un resultado negativo”.	Adversidad, trauma Capacidad humana Resolución exitosa socialmente aceptable
Delage (2010) (**)	“La resiliencia no es la ausencia de sufrimiento. Es la capacidad de evolucionar favorablemente a pesar del sufrimiento y, a veces, la capacidad de sacar partido de ese sufrimiento”.	Evolución favorable Sufrimiento
Rutter (2012) (**) (a pesar de ser una definición más reciente, el mismo autor recoge sus aportaciones de años anteriores)	“La resiliencia puede definirse como la vulnerabilidad reducida frente a experiencias de riesgo ambiental, la superación del estrés o la adversidad, o unos relativos buenos resultados a pesar de las experiencias de riesgo. Por tanto, es un concepto interactivo en el que la presencia de resiliencia tiene que inferirse a partir de las variaciones individuales en los resultados entre los individuos que han experimentado mayor estrés o adversidad” (traducción propia).	Proceso Adversidad Riesgo

Autores destacados	Propuesta de definición de resiliencia	Elementos a destacar
American Psychological Association (APA, 2013) (**)	“La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras”.	Proceso de adaptación Adversidad, trauma

FUENTE. (*) Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997) y (**) elaboración propia]

Como puede apreciarse en las diferentes definiciones que se recogen en la tabla 3, la resiliencia es un concepto que ha evolucionado con el tiempo. En la medida en que se ha ido investigando, se han ampliado las fronteras conceptuales. Hoy en día la resiliencia es un constructo más amplio que el originario en los pioneros Anthony, Garmezy y Werner, por ejemplo. Así, estos autores empezaron hablando de “historia de adaptaciones”, lo que sugeriría un aspecto dinámico de la resiliencia, característica que se ha recuperado en las últimas definiciones consultadas. Señalar también que en un principio se identificaba resiliencia con “adaptación exitosa” o “recuperación/solución” del trauma, lo cual podría prestarse a equívoco. La resiliencia no permite superar el hecho traumático en sí, como podría ser unas condiciones sociofamiliares conflictivas durante la infancia o los abusos, el suicidio de la pareja, o las torturas sufridas en un conflicto armado. La resiliencia habla del aprendizaje a partir de la experiencia, de la transformación de la persona, y en todo caso de la “superación” de los efectos nocivos derivados del trauma. Las definiciones aportadas por los autores señalan también el tránsito de una definición centrada en el individuo a una definición que se extiende más allá de lo individual, afectando a grupos, colectivos y sociedades enteras.

En la revisión de las definiciones, se evidencia también como la resiliencia ha pasado de ser una característica personal de unos pocos sujetos a ser un proceso dinámico e intersubjetivo, tanto en población infantil como en población adulta, y que

va más allá del “simple” afrontamiento o superación exitosa del trauma o la situación adversa, para abarcar la transformación de la persona; una posibilidad de relacionarse con el entorno de forma provechosa no solo para el sujeto o grupo sino también para la sociedad. Se ha pasado de ver las características aisladas del sujeto, o las características aisladas del medio externo, para ver cómo la interacción entre los diferentes elementos facilitadores del proceso resiliente permiten esa transformación de las personas implicadas. Por otra parte, la resiliencia tampoco es un concepto absoluto, en el sentido de que es una capacidad perenne; al contrario, se genera como resultado de un proceso dinámico, que se desarrolla en el tiempo, y que varía según el contexto, el tipo de adversidad y el momento del ciclo vital de la persona afectada (Bonanno, 2004; Grotberg, 2001; Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003). En el contexto familiar es similar, dado que la resiliencia familiar es también un proceso dinámico, que puede sufrir avances y retrocesos; después de la adversidad la vida de la familia ya no será lo que había sido antes (Delage, 2010).

Por tanto, se puede concluir, como definición, que la resiliencia es un proceso de desarrollo dinámico, que se puede poner en funcionamiento a consecuencia de que una persona o grupo de personas se hayan visto sometidas a una situación de adversidad considerada grave. Este proceso se puede hacer evidente a través de pensamientos, emociones y comportamientos destinados a hacer frente a las consecuencias de la adversidad, de manera que la persona o el grupo puedan desplegar sus recursos y potencialidades que les permitan hacer frente a la situación adversa y, en ocasiones, realizar una transformación interior, permitiendo la emergencia de nuevas formas de entender la vida y las relaciones con uno mismo y con los demás.

Lo que resulta novedoso es el hecho de que la resiliencia aporta un cambio de perspectiva (Vanistendael, 2006), porque se deja de lado la mirada exclusivamente centrada en el déficit y la compensación para focalizarla en las capacidades y en cómo ponerlas en funcionamiento. Aunque tradicionalmente se ha focalizado la atención en los efectos negativos que se pueden producir en las

personas a consecuencia de sufrir una experiencia adversa, existen otras formas de entender y comprender lo que ocurre en una persona o en un grupo después de experimentar una adversidad grave más allá de lo negativo (Vera, Carbelo y Vecina, 2006). Para Tomkiewicz (2005:289), la resiliencia “ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad, cuya naturaleza estadística y probabilística olvidamos demasiado a menudo”. Con esta nueva manera de mirar la realidad, se trata de observar las condiciones que permiten o posibilitan un desarrollo lo más saludable y positivo posible (Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997). La resiliencia es, como apuntan Forés y Grané (2008: 22) “una metáfora de las posibilidades de futuro” que pueden darse en un individuo, un grupo o una sociedad. La resiliencia no es una forma de negar la realidad dolorosa, que no se obvia, sino que es una forma de evitar quedarse fijado en los aspectos disruptivos que se pueden presentar en la vida de las personas. El hecho de centrar únicamente la mirada en las debilidades, las carencias y los déficits no permite a los profesionales ayudar a las personas, y tampoco permite a las personas afectadas empoderarse y desplegar sus potencialidades y recursos.

A veces los profesionales confunden riesgo, vulnerabilidad y fatalidad (Tomkiewicz, 2005), como si se tratara de una ecuación lineal donde a más b es igual a c . En este sentido conviene recordar que:

“A lo largo de nuestra formación, se nos enseña a reconocer y describir los defectos, los déficits, las debilidades de cada paciente potencial. Pero no se nos enseña que nuestro deber consiste en ayudar a todos ellos a encontrar y a llevar a buen puerto su estrategia personal. Desde luego, no podemos sustituir al sujeto en la invención de esas estrategias, pero no se puede ayudar a alguien sin buscar y encontrar sus puntos fuertes, sus deseos, sus proyectos, sus cualidades. Es preciso aprender a reconocer que una botella medio vacía (sujeto vulnerable) está también medio llena (sujeto resiliente)” (Tomkiewicz, 2004:45)

Así pues, la manera de ayudar a los otros es partiendo de sus puntos fuertes, sus deseos y sus cualidades. Este es el poder de la resiliencia.

3.2.2. LA CONCEPCIÓN RELACIONAL DE LA RESILIENCIA

La resiliencia humana es una característica que, estadísticamente, se distribuye según una curva de normalidad (campana de Gauss), de manera que entre el 50-70% de la población se comportaría de forma resiliente. Sin embargo, esta característica, al igual que muchas otras, dependerá tanto de las condiciones personales como de las ambientales, en forma de mutua interacción (Salazar Rojas, 2004). Tal y como enuncia Cyrulnik (2004:17): “la resiliencia del niño se construye en la relación con el otro, mediante una «labor de punto» que teje el vínculo”. Es decir, que la resiliencia no es una característica que se genere de forma espontánea en ausencia de una relación emocional con otro ser humano. En este sentido, se señala a la familia como un elemento de notable importancia a la hora de facilitar los procesos de resiliencia de los miembros que la forman (Cabanyes, 2010).

Como se ha comentado en párrafos anteriores, Delage (2010), Talarn, Sáinz y Rigat (2013) y Walsh (2004) entre otros, señalan que existe un sesgo a la hora de estudiar la resiliencia, dado que hay investigaciones que se centran en los aspectos meramente individuales. No obstante, cuesta creer que las capacidades humanas puedan desarrollarse fuera de un contexto emocional y relacional (Brazelton y Cramer, 1993; Riera, 2010). Así pues, la resiliencia, como fenómeno humano complejo, no se escapa de esta mirada. Como apuntan Melillo, Estamatti y Cuestas (2001), si algo caracteriza la resiliencia es el hecho de generarse en una relación significativa entre dos o más personas. Talarn, Sáinz y Rigat (2013) creen que entender la resiliencia como algo individual es un error, dado que el entorno del individuo puede favorecer que se genere un proceso de resiliencia en una persona que, hasta ese momento, no lo había mostrado. Podría pensarse, entonces, que la resiliencia es un proceso relacional, en el sentido que el contexto es, además de las características y peculiaridades personales, un elemento de importancia a la hora de

promover y facilitar procesos de resiliencia (Mateu, García-Renedo, Gil y Caballer, 2010). En esta línea Delage (2010:14) apunta que la resiliencia “solo puede nacer y desarrollarse en la relación con el prójimo (...) El proceso de resiliencia solo se comprende si se lo sitúa en la conjunción entre lo intrapersonal y lo interpersonal”. Subraya también que la dimensión relacional de la resiliencia ha sido desatendida y considerada como secundaria, cuando en realidad es, en su opinión, algo esencial. Masten (2001) señala que en el siglo pasado, la mayor parte de los investigadores habían asumido que la resiliencia surge de la interacción dinámica entre factores del propio sujeto y factores del ambiente. En palabras de Infante (2001), entender la resiliencia como proceso conlleva implicar no solo al sujeto, sino también a la familia, la comunidad y la sociedad como componentes significativos que provean de los elementos necesarios para que las personas se desarrollen plenamente.

En las sociedades occidentales el papel de la familia como marco de contención emocional y entorno facilitador del desarrollo psicofísico es algo que parece estar fuera de toda duda razonable. Por este motivo, es lícito suponer que la familia es el primer referente al que una persona tiende a recurrir a la hora de buscar alivio y consuelo. Ahora bien, para que este proceso de resiliencia se facilite en el seno de una familia hace falta que ésta participe de forma activa. Las interacciones familiares y una actitud general de optimismo son el núcleo central que las familias necesitan para proporcionar el amor y el apoyo necesario (Black y Lobo, 2008). La familia, pues, ha de tener un papel activo, movilizándolo los recursos de que dispone. Para ello, ha de poder poner en funcionamiento una serie de elementos que fomenten la seguridad y la protección. Estos elementos serían (Black y Lobo, 2008; Delage, 2010):

- Mirada positiva: Una confianza optimista, así como sentido del humor para desdramatizar los momentos de dificultad.
- La comunicación: Una comunicación abierta, clara, libre de dobles sentidos y ambigüedades, facilita el diálogo y el entendimiento entre los miembros del grupo familiar. Eso no quiere decir que cada uno diga lo primero que se le pase por la cabeza o lo diga todo sin que exista un filtro

comunicativo. La comunicación asertiva entre los miembros exige cuidar no solo los aspectos verbales sino también los no-verbales.

- La expresión de emociones y sentimientos: Poder expresar las emociones de forma abierta y espontánea proporciona un sentimiento de bienestar. En este poder expresar, también han de tener cabida los momentos de silencio y recogimiento que pueden tener algunos de los miembros. No obstante, conviene precisar que lo fundamental en este expresar las emociones es la respuesta comprensiva, compasiva y de reconocimiento del malestar por parte de la familia, puesto que en esta comprensión, compasión y reconocimiento del otro se cohesiona el grupo y se facilita la comprensión de los estados mentales de los otros miembros del grupo familiar.
- La colaboración en la resolución de problemas: La colaboración es un elemento que proporciona seguridad a los miembros del grupo familiar, que tiene que ver con valorar las diferentes opciones y generar nuevas opciones de respuesta frente a la problemática que se le ha presentado a la familia.
- La apertura y la búsqueda de ayuda exterior: Reconocer que la familia no puede por si sola afrontar una dificultad y, por tanto, valorar la conveniencia de solicitar ayuda fuera del grupo familiar, es también un elemento que proporciona sentimientos de protección y seguridad.

Por lo tanto, la familia puede actuar como espacio de seguridad y de reparación siempre que se den unas condiciones concretas, tal y como se ha visto en párrafos anteriores. El grupo familiar, por si mismo, no garantiza una adecuada contención emocional si no se dan estas condiciones. No obstante, la familia tiene el potencial para contribuir a sobreponerse de las adversidades (Black y Lobo, 2008).

3.3. LA RESILIENCIA EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA Y EL CÁNCER

Hablar de resiliencia es, en parte, hablar de adversidades, traumas y situaciones de dolor y malestar emocional y físico. Tal y como se ha visto en la delimitación conceptual, para hablar de resiliencia en sentido estricto, hay que hablar de la experiencia o la afectación a causa de una situación estresante considerada grave. Aunque no hay una delimitación clara de lo que se entiende por “situación traumática”, “trauma” o “adversidad”. Si se parte de la percepción o experiencia subjetiva, las personas pueden valorar como adversas situaciones que a los ojos de un observador externo pueden no serlo. Aquello que se considera traumático o no puede depender, en parte, de la percepción subjetiva de la persona e incluso de las ideas compartidas por el grupo o el contexto social (Acinas, 2014; Delage, 2010; Rodríguez Fernández, 2006). Por lo tanto, es importante no perder de vista que el trauma, la adversidad, tienen un significado subjetivo, es decir, la persona que padece una situación adversa identifica ésta como tal y añade más carga valorativa según su sistema de significación interna, y según el sistema de significación compartido por su grupo social y comunitario

Así mismo, es innegable que un fenómeno como una enfermedad crónica o una enfermedad grave puede afectar a la estabilidad emocional de cualquier persona. El reconocimiento del hecho de que un diagnóstico siempre tiene un impacto psicosocial ha ampliado los objetivos de cualquier intervención más allá de los aspectos sanitarios (Broche y Medina, 2011; Vinaccia y Orozco, 2005).

Entre las enfermedades consideradas graves, el cáncer es una de las que despierta mayor nivel de malestar, seguramente debido a la imagen de malignidad superior a cualquier otra enfermedad orgánica (Gil Villa, 2012; Suess, March, Prieto, Escudero, Cabeza y Pallicer, 2006). No en vano se le ha denominado “el emperador de todos los males” (Mukherjee, 2011). Es fácil entender esta imagen negativa de la

enfermedad, dado que el cáncer es, según los datos que maneja la OMS (2015), una de las principales causas de muerte en todo el mundo, y también es fácil teniendo en cuenta que se espera un aumento de nuevos casos alrededor del 70% en los próximos 20 años. Aunque quedarse atrapado en la imagen de malignidad del cáncer no forma parte de la mirada resiliente. Conviene ir más allá, adentrándose en el estudio de esta enfermedad desde una óptica resiliente para ver de qué forma las personas afectadas pueden iniciar procesos de resiliencia que les permitan un crecimiento positivo a partir de esta adversidad y una mejora en su calidad de vida (Acinas, 2014; Quiceno y Vinaccia, 2011, Vidal Boixader, 2012). Como afirma Muñoz-Silva (2012), conocer aquello que promueva la resiliencia es un elemento clave a la hora de elaborar intervenciones sociales.

3.3.1. LOS FACTORES DE RESILIENCIA Y LOS FACTORES DE NO-RESILIENCIA

Tradicionalmente se ha hablado de factores de riesgo y factores protectores. Se entiende que los factores de riesgo son las variables o características personales y del entorno que aumentan la probabilidad de que se den respuestas negativas, desadaptativas, frente a situaciones adversas. Los factores protectores son el conjunto de variables del individuo y del contexto que potencian la capacidad de resistir a las dificultades y de contener el malestar (Cabanyes, 2010; Mateu, García-Renedo, Gil. y Caballer, 2010; Munist, Santos, Kotliareco, Suárez-Ojeda, Suárez. y Infante, 1998; Pereira, 2007).

Los factores de riesgo y los factores de protección se pueden categorizar en grandes grupos, tal y como se muestra en la siguiente tabla 4:

Tabla 4. Factores de riesgo y de protección

Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none">a) Situaciones familiares perturbadas: los trastornos mentales graves o las conductas de adicción en los padres, la muerte de uno o de ambos progenitores, la ausencia prolongada de las figuras parentales, la problemática familiar crónica, la violencia familiar, etc.b) Factores sociales y ambientales, como el paro, pobreza, vivienda insalubre, etc.c) Problemas crónicos de salud, como pueden ser una discapacidad física o una enfermedad física grave (como el cáncer) o mental.d) Amenazas vitales, como la guerra, las catástrofes naturales o los éxodos de población.
Factores de protección	<ul style="list-style-type: none">1) Recursos internos: inteligencia elevada, capacidad de resolver problemas, capacidad de planificación, sentimiento de eficacia personal, capacidad de introspección, habilidades sociales y emocionales, autoestima, temperamento fácil, apego seguro, y utilización adecuada de los mecanismos de defensa.2) Buena relación con uno o ambos progenitores (o figuras sustitutivas), padres competentes, buena educación, y el apoyo de la pareja (en los adultos).3) Ambiente social facilitador (escuela, grupo de iguales, etc.). Una red social que refuerce al sujeto en caso de pérdida de las figuras protectoras significativas.

FUENTE. Elaborado a partir de Theis (2003).

Algunas autoras y autores coinciden en señalar a Rutter como uno de los primeros investigadores en hacer notar el peligro de centrarse en la identificación de factores de riesgo y factores de protección en el estudio de la resiliencia, ya que un mismo factor puede ser de riesgo o puede ser protector (Forés y Grané, 2008;

Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003; Theis, 2003). En este sentido, la autoestima, por ejemplo, puede ser un factor de riesgo o un factor protector, según limite la actuación de la persona o bien le posibilite movilizarse frente a la adversidad (Becoña, 2006). No obstante, Rutter también considera que para poder promover la resiliencia mediante programas de prevención hace falta poder eximir el riesgo y, por tanto, poderlo identificar. Sin embargo, Delage (2010) considera que los factores de riesgo y los factores de protección no pueden ser tenidos en cuenta en términos absolutos, ya que dependerá de cada familia que un factor de riesgo o un factor de protección tengan una mayor carga efectiva, tanto negativamente como positivamente. Por otro lado, Kalawski y Haz (2003) consideran que no se puede hablar de factores que promueven la resiliencia de manera aislada, sino que hay que precisar qué es lo que promueve la resiliencia en relación con qué factores de riesgo, poniendo como ejemplo que un factor que proteja a una persona de cometer un delito no tiene por qué protegerlo de la depresión.

Respecto a la pertinencia de mantener esta diferenciación entre protección y riesgo, Gil Hernández (2012) y Madariaga (2014) recogen las aportaciones de Grotberg para argumentar la conveniencia de hablar de factores de resiliencia, haciendo referencia a todo aquello que posibilita el inicio de un proceso de resiliencia. Aporta la idea de factores de no-resiliencia para referirse a aquellos aspectos que imposibilitan su puesta en marcha.

Grotberg (2001, 2006:20-21) identifica estos factores de resiliencia y los organiza en su conocido sistema de tres categorías:

Tabla 5. Factores de resiliencia de Grotberg

Apoyo externo	<i>“Yo tengo”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Personas dentro y fuera de mi grupo familiar en las que puedo confiar - Límites en mi comportamiento - Personas que me alientan a ser independiente - Buenos modelos a imitar - Acceso a la salud, educación y servicios de seguridad y sociales - Una familia y entorno social estables
Fuerza interior	<i>“Yo soy”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Una persona que agrada a la mayoría de la gente - Generalmente tranquilo y predispuesto - Alguien que logra lo que se propone - Responsable - Seguro de mi mismo, confiado y optimista
Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos	<i>“Yo puedo”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Generar nuevas ideas - Realizar una tarea hasta finalizarla - Encontrar el humor en mi vida - Expresar mis pensamientos y sentimientos - Resolver conflictos - Controlar mi comportamiento - Pedir ayuda cuando la necesito

FUENTE. Extraído de Grotberg (2001, 2006).

Son diversos los factores de resiliencia que potencian las competencias para afrontar las dificultades y contener el malestar (Cabanyes, 2010; Pereira, 2007). No obstante, conviene tener en cuenta que los diversos autores que han investigado el fenómeno de la resiliencia proponen unos aspectos con más predominio que otros, señalando aquellos que cada uno de ellos considera fundamentales.

Para Grotberg (2006), hay una serie de factores de resiliencia que son clave, señalando la confianza y la autonomía (claves para desarrollar otros factores resilientes), la iniciativa, la aplicación o competencia para llevar adelante una tarea de forma efectiva y la identidad. Estos son los cinco pilares fundamentales de la resiliencia que propone Grotberg.

De forma parecida, Melillo, Estamatti y Cuestas (2001) recogen las palabras de Suárez Ojeda (1997), quien establece como pilares de resiliencia la capacidad de introspección, la independencia, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor, la creatividad, la moralidad y la autoestima consistente.

También Suárez Ojeda y Autler (2006) postulan cinco pilares de resiliencia en el ámbito de la comunidad, que serían: la autoestima colectiva, la identidad cultural, el humor social, la adecuada gestión gubernamental, y la espiritualidad.

Por su parte Delage (2010) establece que de los diversos factores que favorecen un proceso de resiliencia, hay tres que merecen especial atención: una actitud que promueva la esperanza, un comportamiento que tienda a la protección y, por último, un trabajo psíquico de reflexión sobre la experiencia de adversidad vivida.

Vanistendal (2006) por otro lado, establece los factores básicos que permiten la resiliencia, como son: la red de ayuda social, el sentido de la vida, las aptitudes y el sentimiento de control, la autoestima y el sentido del humor.

Finalmente y como específicamente centrado en la resiliencia familiar, Walsh (2004) señala las claves de la resiliencia, y las agrupa en tres grandes categorías que serían el sistema de creencias de la familia (que implica dotar de sentido a la adversidad, tener una perspectiva positiva y una visión de trascendencia y espiritualidad), los patrones de organización (flexibilidad, conexiones, y recursos sociales y económicos), y los procesos comunicativos (claridad, expresión emocional franca, y resolución colaborativa de los problemas).

Tabla 6. Pilares de resiliencia según diferentes autores

Autores	Pilares de resiliencia
Suárez Ojeda (1997)	Introspección Independencia Capacidad de relacionarse Iniciativa Humor Creatividad Moralidad Autoestima consistente
Grotberg (2001)	Confianza Autonomía Iniciativa Competencia Identidad
Walsh (2004)	Sistema de creencias de la familia (sentido de la adversidad, perspectiva positiva y trascendencia y espiritualidad) Patrones de organización (flexibilidad, conexiones, y recursos sociales y económicos) Procesos comunicativos (claridad, expresión emocional franca, y resolución colaborativa de los problemas).
Suárez Ojeda y Autler (2006)	Autoestima colectiva Identidad cultural Humor social Gestión gubernamental Espiritualidad
Vanistendal (2006)	Red de ayuda social Sentido de la vida Aptitudes y el sentimiento de control Autoestima Sentido del humor.
Delage (2010)	Actitud promotora de esperanza Comportamiento protector de la familia Reflexión sobre la experiencia adversa

FUENTE. Elaboración propia.

A partir de las aportaciones de Delage (2010), Grotberg (2006), Melillo y Suárez Ojeda (2001), Vanistendael (2006) y Walsh (2004), se pueden situar tres elementos prioritarios que participan en todo proceso de resiliencia; estos elementos serían la motivación para la vida, las competencias personales y la afectividad. En esta investigación interesa resaltar el ámbito afectivo, entendido en un sentido amplio y no limitado a lo estrictamente individual, alcanzando los vínculos afectivos en general que se generan entre las personas, siendo el apego uno de esos vínculos.

3.3.2. EL PROCESO DE RESILIENCIA EN LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER

En el ámbito de la salud y la enfermedad, la resiliencia es un terreno abonado para la investigación en diferentes contextos y se han promovido un número considerable de estudios en relación con la importancia que tiene el entorno social y afectivo como catalizador y facilitador del proceso resiliente, tanto en población infantil como en población adulta (Delage, 2010; Garassini, 2008; Keltner y Walker, 2006; Vidal Boixader, 2012; Violant, Molina y Pastor, 2011; Walsh, 2004). En referencia a la enfermedad crónica, los datos aportados por Quiceno y Vinaccia (2011) señalan, entre otros, el papel favorecedor y modulador del apoyo social, las creencias espirituales, el propósito en la vida y el afecto positivo en el proceso de resiliencia de las personas que padecen una enfermedad crónica, como por ejemplo la diabetes, enfermedades reumáticas, esclerosis múltiple, incontinencia urinaria, VIH y enfermedades infecciosas.

En el contexto de las enfermedades crónicas en general, y del cáncer en particular, la resiliencia es una de las variables más estudiadas a la hora de contribuir a la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas, juntamente con el bienestar, la inteligencia emocional o la autoestima (Cerezo, 2013).

Cuando una enfermedad como el cáncer irrumpe en el panorama familiar, el funcionamiento de la familia puede verse afectado de formas diversas. Una enfermedad crónica representa una experiencia poco previsible y constituye un elemento que puede llegar a desestabilizar a cualquier familia (Grau Rubio, 2013). Es evidente que hacer frente al cáncer es una tarea compleja y no exenta de dificultades, no solo por la incertidumbre del pronóstico, sino también, entre otros, por los efectos derivados de las intervenciones biomédicas así como por la desorganización y reorganización familiar que supone la asistencia y el soporte a la persona afectada. Se recomienda, pues, tener presente los cambios emocionales no solo del paciente sino también de los familiares, puesto que los cambios negativos en el seno de la familia y la red de amistades más cercana puede afectar a la calidad de la atención de la persona enferma y ser otra fuente de malestar para el propio paciente (Acinas, 2014). No obstante, a pesar de los efectos negativos y de las dificultades evidentes que presenta la aparición de la enfermedad, es posible otra mirada a esa crisis vital que representa la irrupción del cáncer en la vida de la persona afectada y su contexto familiar y social.

No todos los factores estresantes o las situaciones de adversidad tienen el mismo impacto en los sujetos que se ven afectados, a pesar de que existe un componente de valoración personal de la persona afectada que juega un papel importante en la afectación del hecho traumático. El cáncer, como experiencia adversa, tiene una serie de particularidades (Acinas, 2014; Castellano, Blasco, Pérez y Capdevila, 2014):

- La enfermedad es un elemento de estrés que se da conjuntamente con otros factores estresantes, como son los derivados de los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad, entre otros.
- El hecho de ser una enfermedad que se origina desde el propio sujeto hace que pueda existir grandes dificultades para evitar el malestar asociado a las sensaciones corporales.

- El miedo a la recaída es un aspecto presente en las personas afectadas.
- La duración de la experiencia de adversidad es más larga en el tiempo que otras situaciones traumáticas.
- El impacto que produce la enfermedad también tiene que ver con el tipo de cáncer así como con las limitaciones derivadas.

Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) se interrogan acerca del crecimiento personal que se puede experimentar a consecuencia de sufrir la adversidad de la enfermedad oncológica, es decir, si este cambio personal es un fenómeno real o bien es una ilusión de la persona afectada. Recogen datos de autores que apuestan por la veracidad de estos cambios, y también algunos datos en contra. Para Sumalla, Ochoa y Blanco (2009), tener evidencias sobre este hecho permitiría hacer intervenciones destinadas a incrementar el bienestar en las personas afectadas. En consonancia con estos interrogantes, Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco (2013) reúnen información acerca de estos cambios personales tanto en los propios supervivientes de cáncer como en los familiares que acompañan de forma más directa a las personas afectadas, encontrando evidencias que sugieren diversos niveles de crecimiento interior tanto en las personas afectadas como en sus otros significativos.

Broche y Medina (2011) señalan que el cáncer implica un proceso de reestructuración vital que resulta complejo, y por este motivo consideran que conviene estudiar el afrontamiento de la enfermedad pero también la forma en que las personas afectadas interpretan la nueva situación en que se encuentran, así como los aprendizajes, cambios y transformaciones que éstas pueden llegar a experimentar.

A continuación se describen una serie de investigaciones específicamente centradas en el proceso de resiliencia con personas que han sido afectadas por el cáncer.

El estudio de Álamo, Caldera, Cardozo y González (2012:268), con 100 pacientes de cáncer entre 30 y 60 años de edad que no han conseguido “enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias”, constata algunas dificultades personales de las personas afectadas (falta de iniciativa personal, dificultades a la hora de relacionarse, bajo nivel de asertividad y autoestima, entre otros), y proponen algunas estrategias favorecedoras de la resiliencia, a partir de espacios de relación para familiares y personas con cáncer, favoreciendo la expresión emocional, la empatía, la autoestima y los vínculos emocionales.

Por otra parte, la investigación de Baca (2014) con 100 pacientes adultos muestra una correlación directa entre los niveles de resiliencia de las personas afectadas y el apoyo social percibido por estos pacientes, y propone los grupos de apoyo que permitan a las personas afectadas desarrollar habilidades para afrontar la enfermedad, así como grupos de ayuda mutua donde puedan participar familiares y amigos cercanos, dado su papel relevante a la hora de proporcionar soporte y contención emocional.

El estudio longitudinal de Esparza, Martínez, Leibovich, Campos y Lobo (2015) con una muestra de 156 mujeres supervivientes de cáncer de mama que se siguieron a lo largo de tres años después de la finalización de los tratamientos. Los resultados señalan que si bien se tiende a asociar diagnóstico de cáncer con sufrimiento, se observa una estabilidad en lo que hace referencia a la resiliencia evaluada en este grupo de mujeres durante los tres años, lo cual parece reforzar la idea que este proceso de resiliencia tiende a perdurar a lo largo del tiempo.

La literatura científica recoge datos abundantes que corroboran la importancia que tiene el soporte familiar en las situaciones de adversidad en general y del cáncer en particular a la hora de facilitar la contención y la expresión emocional (Baider, 2003; Barragán y Jovell, 2012; Broche y Medina, 2011; Cabrera y Ferraz, 2011; García Romero, 2011; Ostiguín, Pérez Zumano, Bernal y Amador, 2008; Sirera, Sánchez y Camps, 2006). Autores como Walsh (2004) recogen datos de diferentes investigadores que señalan la importancia de la calidez, el afecto, el apoyo emocional, la existencia de una estructura y, por último, los límites sensatos y bien definidos dentro del clima emocional de la familia.

Así pues, en este contexto, resulta coherente acercarse a la comprensión de los vínculos afectivos en general y del apego en particular entre la persona enferma y los familiares más cercanos, teniendo en cuenta que el vínculo familiar es un elemento fundamental para el afrontamiento de la enfermedad y es uno de los factores de resiliencia descritos en la literatura científica (Cyrulnik, 2005; Delage, 2010; Melillo y Suárez-Ojeda, 2001; Theis, 2003; Vanistendael, 2006).

3.3.3. LOS VÍNCULOS AFECTIVOS Y EL APEGO COMO FACTORES DE RESILIENCIA

Los vínculos con las personas significativas de nuestro entorno (pareja, familia, amigos íntimos) son las fuentes de satisfacción más habituales (Rojas-Marcos, 2010).

Para Gil Hernández (2010), la resiliencia es una confirmación de que las adversidades permiten el aprendizaje gracias a la intervención de los factores de resiliencia, señalando que “(...) sin duda, el más valioso, es la presencia de personas de apoyo. De este modo, la resiliencia nos sitúa en la importancia de la conexión profunda entre los seres humanos, del valor de los grupos y de la comunidad para superar las adversidades y salir de ellas más fuertes y renovados” (p.:IV):

Vanistendael (2006), por su parte, destaca el afecto o el amor como uno de los aspectos clave de todo proceso de resiliencia. Grotberg (2006) señala la confianza en uno mismo, que también está relacionado con el afecto que la persona o el grupo puede sentir hacia uno mismo. Las conexiones afectivas son un punto destacado por Delage (2010), que se refiere a ellas desde la preocupación por los demás y la calidad de las relaciones.

Como ya se ha señalado, frente a la adversidad, probablemente la familia es el contexto más adecuado donde encontrar el apoyo necesario (Delage, 2010). Sin embargo, Walsh (2004) afirma que este potencial de la familia como factor de resiliencia ha sido poco estudiado por los investigadores, seguramente por el sesgo hacia las familias consideradas disfuncionales, es decir, porque se han estudiado familias disfuncionales en su mayoría y no se han estudiado familias consideradas “normales”. No obstante, esta autora afirma que para las familias, el hecho de afrontar una crisis enriquece la relación entre sus miembros y puede modificar la perspectiva que la familia y sus miembros tienen sobre aquello que es realmente importante en la vida. O puede suceder también todo lo contrario (Delage, 2010).

Para Delage (2010:14), “El proceso de resiliencia solo se comprende si se lo sitúa en la conjunción entre lo intrapersonal y lo interpersonal”. Es decir, que para este autor, en la resiliencia confluyen aspectos del llamado “mundo interno” de la persona y del entorno social y relacional en el que se desarrolla. En este aspecto en concreto, la familia es uno de los ámbitos en los que el ser humano dispone de una “base segura” para hacer frente con vitalidad a las situaciones y las inevitables adversidades de la vida. Y el apego es una motivación básica para “un tipo de relación especial con otro individuo concreto” (Bowlby, 1998: 201).

Dentro del grupo familiar, se generan diferentes vínculos afectivos, entre los cuales el apego garantizaría la seguridad necesaria y la protección para que puedan desplegarse los recursos individuales y familiares que permitan afrontar las adversidades a las que uno de sus integrantes y la misma familia pueden verse

sometidos. En este sentido, afirma que “contar con apegos estables y seguros en el seno de la familia constituye un elementos protector que favorece la ayuda mutua y la mentalización en las situaciones traumáticas. Los apegos más problemáticos, calificados como “inseguros”, evidentemente no ofrecen esa protección y, en consecuencia, dificultan el proceso de resiliencia” (Delage, 2010:82). La resiliencia, pues, da cuenta de la importancia del apego como elemento que facilita un mejor afrontamiento de las inevitables frustraciones de la vida (Delage, 2010; Lafuente y Cantero, 2010).

3.4. A MODO DE RESUMEN

La resiliencia es una oportunidad para encarar el trabajo asistencial y socioeducativo desde una mirada centrada en las posibilidades, alejándose de concepciones centradas en la discapacidad y los déficits.

Se entiende que la resiliencia va más allá de una competencia o un rasgo de personalidad individual, siendo actualmente considerada como un proceso de desarrollo dinámico, que se pone en funcionamiento a consecuencia de que una persona o grupo de personas se hayan visto sometidas a una situación de adversidad considerada grave. Este proceso se puede hacer evidente a través de pensamientos, emociones y comportamientos destinados a hacer frente a las consecuencias de la adversidad, de manera que la persona o el grupo puedan realizar una transformación interior, permitiendo la emergencia de nuevas formas de entender la vida y las relaciones con uno mismo y con los demás.

Al igual que otras características y cualidades humanas, la resiliencia no puede entenderse fuera de un contexto de relación interpersonal e intrapersonal, siendo actualmente obsoletos los planteamientos centrados únicamente en describir rasgos de personalidad o competencias resilientes, descuidando el estudio de la interacción entre lo personal y lo relacional.

Un enfoque de acción socioeducativa centrado en la promoción de la salud se puede beneficiar del marco conceptual de la resiliencia, teniendo en cuenta la potenciación de las competencias de la persona y del entorno que propicien una interacción de cara a favorecer el desarrollo de ese proceso de resiliencia.

“Tener fácil acceso a un individuo conocido del que se sabe que está dispuesto a acudir en nuestra ayuda en una emergencia es evidentemente una buena póliza de seguros... cualquiera que sea nuestra edad” (Bowlby, 1996:41)

CAPÍTULO 4

4. EL APEGO COMO VÍNCULO AFECTIVO

4.1. INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser relacional y social. Hoy en día no puede cuestionarse la importancia de las relaciones humanas, de los vínculos, para el desarrollo saludable y la supervivencia física y emocional de la especie humana. El hombre y la mujer necesitan la protección de las figuras parentales durante un mayor margen de tiempo. Por eso, la atención y los cuidados parentales, entendidos de forma amplia, son algo de incalculable valor.

Independientemente de su discutida universalidad, la familia sigue siendo el marco relacional más adecuado para facilitar y potenciar el desarrollo psicofísico del ser humano en formación. Sobradamente documentado está el efecto negativo de la ausencia prolongada de unos cuidados afectivos y efectivos de las figuras parentales, como han dado cuenta los estudios clásicos acerca del hospitalismo llevados a cabo por René Spitz, o los estudios de John Robertson acerca de los efectos de la privación afectiva en niños y niñas que eran separados de sus padres para recibir cuidados médicos, por citar algunos de los más conocidos.

Sin embargo, la necesidad de vincularse afectivamente no es algo exclusivo de las primeras etapas de la vida del futuro hombre o mujer. También en la edad adulta se mantiene esta necesidad, sea a través de la pareja, las hijas e hijos o las redes formales e informales. Alguna cosa debe haber en la especie humana, en el sentido de necesidad de vinculación, que permita dar cuenta del llamado “boom” de las redes sociales, que son en parte respuesta a una necesidad de mantenerse ligado a los otros.

Rescatando esta idea de la necesidad del contacto cercano y afectivo con los otros, este capítulo pretende ahondar en la teoría del apego de John Bowlby, como marco conceptual que permita tener unos referentes teóricos con los que poder estudiar y comprender el funcionamiento y comportamiento de las personas adultas, especialmente en un contexto de dificultad como es el ámbito de la enfermedad crónica en general, y del cáncer en particular.

4.2. LA EVOLUCIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO

Hablar de los orígenes de la teoría del apego es, sin duda, hablar de John Bowlby, médico psiquiatra y psicoanalista londinense. Cuando fue solicitado por la Organización Mundial de la Salud en 1950 para encargarse del asesoramiento sobre la salud mental de los niños y niñas sin hogar (Bowlby, 1996, 1998), probablemente jamás imaginó las consecuencias de su trabajo. El informe titulado *Maternal Care and Mental Health*, analizaba la información acerca de los efectos negativos que la privación de cuidados maternos producía en los niños, y también proponía elementos preventivos de cara a evitar estos efectos nocivos (Bowlby, 1954; 1996). Del contacto con diferentes profesionales de la atención a la infancia de aquella época, llegaría a concluir que “la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce” es un aspecto esencial para el desarrollo saludable de cualquier niño o niña (Bowlby, 1998:20). Su contribución teórica y clínica ha tenido repercusiones más allá

del campo de la Psicología y la Psiquiatría, impregnando también otras áreas como la Pedagogía o la Pediatría.

Aunque el marco psicoanalítico⁶ tiene un tronco común, existen y coexisten distintas “escuelas” de pensamiento teórico y técnico. A pesar de las críticas, muchas veces constructivas (Erdelyi, 1987; Poch, 1989; Tizón, 1988), se ha continuado avanzando en la comprensión del funcionamiento mental (emociones, pensamientos, imágenes mentales, etc.) a partir de estudios rigurosos que ponen a prueba algunas aportaciones del Psicoanálisis con población infantil y también adulta. Independientemente de la afinidad o aversión existente en el ámbito académico, es innegable que actualmente el Psicoanálisis va más allá de las teorías clásicas de Freud, dejando de lado conceptos teóricos obsoletos o incluso de dudosa utilidad teórica y técnica. Sería un error continuar pensando que todo conocimiento vinculado al Psicoanálisis actual es un reflejo de algunos postulados freudianos clásicos, y aferrarse a ese argumento sería como renegar de un automóvil actual cuestionando el poco rendimiento de un motor de cuatro tiempos para circular por una autopista a partir de la crítica al clásico motor de combustión. La literatura científica muestra actualmente estudios que pretenden confirmar o refutar algunos postulados inspirados en las teorías psicoanalíticas incluso desde la misma Neurociencia, por ejemplo (Ansermet y Magistretti, 2006; Riera, 2011). El estudio del apego es una de estas aportaciones inspiradas en el Psicoanálisis y que se investiga de forma rigurosa también en nuestro entorno más próximo (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011; Cerezo, Pons-Salvador y Trenado, 2011; López, 2003; Lafuente y Cantero, 2010; Melero, 2008; Oliva, 2011; Sadurní, 2011, Sierra, 2012; Yárnoz, 2008a, 2008b). Más adelante se ampliará este punto, al hablar de las contribuciones actuales de la teoría del apego.

⁶ Inicialmente, Freud se interesó por las dificultades emocionales de la vida adulta. Más tarde, Anna Freud y Melanie Klein acercaron la comprensión psicoanalítica al escenario infantil. También destacaron otros autores a partir de su trabajo con niños y niñas en diferentes contextos, que ampliaron, matizaron, y cuestionaron determinados postulados freudianos, destacando, entre otros, Donald Winnicott y John Bowlby.

En la siguiente figura se presenta de forma sintética una aproximación a los principales autores, clásicos y actuales, que permitirá por una parte entender las conexiones y el lugar en que se sitúan las aportaciones de Bowlby; y por otra parte, evidenciar la diversidad del Psicoanálisis más allá del pensamiento freudiano clásico. No es una imagen exhaustiva, sino que únicamente pretende ubicar al lector en el contexto teórico en el que Bowlby se situaba y la diversidad actual de orientaciones teóricas, muchas de las cuales tienen nexos en común. Esta figura, pues, tiene un carácter meramente orientativo.

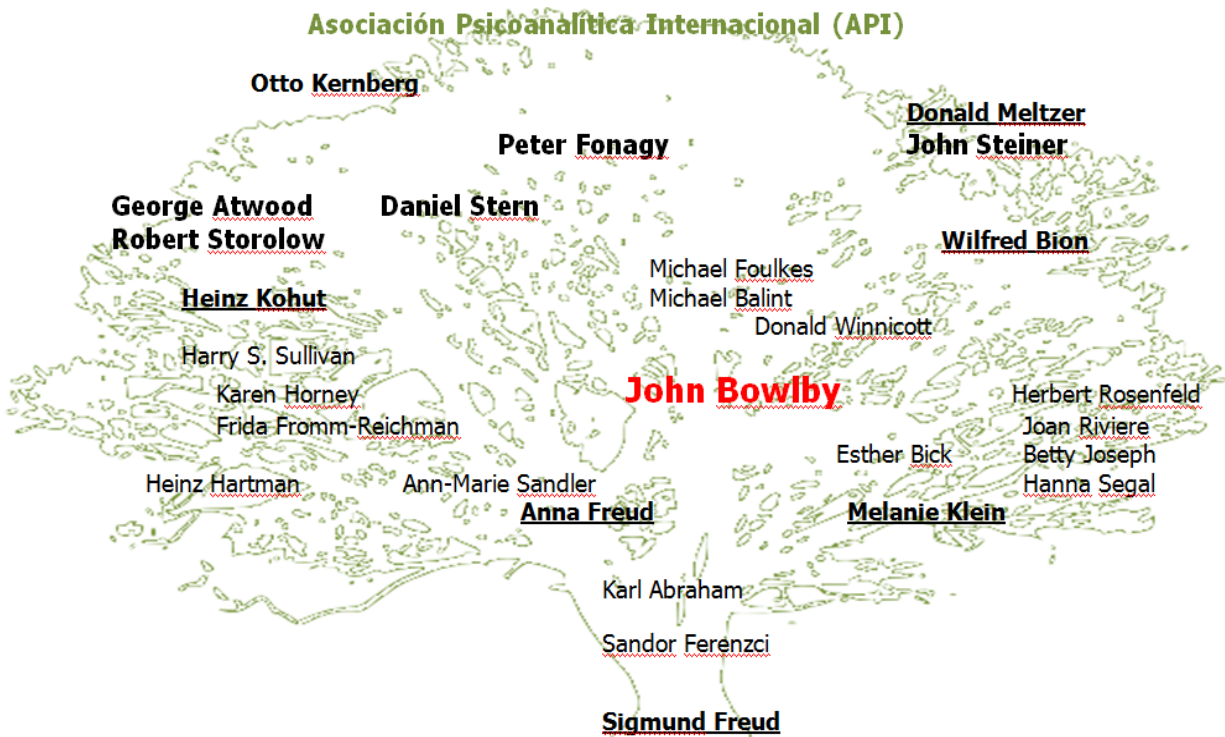


Figura 6. Árbol de los principales referentes teóricos. FUENTE. Elaboración propia a partir de Hinshelwood y Robinson, 1997; Marrone, 2001; Poch, 1989)

De forma simplificada podría decirse que Freud es el tronco común del cual se ramifican autores como Klein, Bion, Meltzer y Kohut, que son los autores que han “creado” escuela. Los autores actuales que destacan por estar mucho más interesados en el aspecto relacional son Atwood, Storolow, Stern y Fonagy, por citar a los más representativos, si bien, como se ha señalado anteriormente, esta presentación es meramente orientativa. Lo que interesa destacar es que a pesar de la relevancia de las ideas y descubrimientos acerca de la importancia de los afectos y los vínculos, Bowlby no constituyó un grupo o escuela como algunos de sus predecesores. Seguramente esto puede haber favorecido que sus ideas hayan trascendido más allá de planteamientos teóricos opuestos, y actualmente se puedan aplicar sus descubrimientos en ámbitos no clínicos e incluso por autores poco afines al Psicoanálisis.

En este punto, resulta necesario hacer un breve salto en el tiempo para situar a John Bowlby en el contexto histórico y científico de su época, dado que Bowlby no representa una fiel línea continuadora de Freud y tampoco se alió con las figuras preponderantes del psicoanálisis de su tiempo (Marrone, 2001). Sin entrar en una descripción histórica exhaustiva, que va más allá de las pretensiones de esta investigación, se puede decir que el movimiento psicoanalítico se funda en la Viena del siglo XIX de la mano de Sigmund Freud. Posteriormente, Ana Freud y Melanie Klein pasaron a representar dos maneras distintas de entender y ampliar la línea clásica, lo cual generó acalorados debates entre los partidarios de una y otra. Sin embargo, había otro grupo, igualmente influyente, que se mantenía un tanto al margen, y que era el llamado “grupo independiente”, entre los que estaba el propio John Bowlby (Hinshelwood y Robinson, 1997; Poch, 1989).

Bowlby también estaba interesado en la psicología infantil. Pero no fue el primero en ocuparse y preocuparse por las implicaciones que tenían las situaciones de abandono temporal que sufrían algunos niños y niñas de su época. Así, por ejemplo, Dorothy Burlingham y Anna Freud observaron la conducta de niños y niñas

londinenses que asistían a guarderías hasta los cuatro años de edad, durante la Segunda Guerra Mundial (Bowlby, 1998; Brazelton y Greenspan, 2005). En esta línea destacan las observaciones hechas por Donald Winnicott⁷ (1984) con niños y niñas que vivían en instituciones educativas antes y después de la Segunda Guerra Mundial. También hay que resaltar el trabajo de René Spitz (1965) sobre las consecuencias de la crianza en instituciones como guarderías o casas de acogida durante el primer año de vida. Otro clásico sería el trabajo de Bruno Bettelheim (1950) dedicado a la atención psicoterapéutica institucional de niños y niñas aquejados de trastornos emocionales. Estas y otras investigaciones similares venían a evidenciar las posibles consecuencias negativas para el desarrollo emocional de aquellos niños y niñas que sufrían continuas privaciones del contacto social y afectivo con las figuras parentales, sin que hubiese una figura que viniera a ocupar ese espacio de afectividad y atención tan necesario para un adecuado desarrollo físico y emocional.

La originalidad de los estudios que llevó a cabo Bowlby reside en intentar comprender las implicaciones de la separación afectiva en el desarrollo posterior de niños y niñas de diversas edades a partir de una cuidada y sistematizada observación, y a la elaboración posterior de nuevos elementos teóricos que permitan una mayor comprensión de la importancia de las relaciones afectivas para el desarrollo humano. En este sentido, cabe destacar la capacidad de innovación y originalidad de Bowlby, teniendo en cuenta que su punto de partida teórico también se nutría de datos que provenían de fuentes alejadas de la ortodoxia psicoanalítica de su época en tres puntos fundamentales (Bowlby, 1998):

- 1) La utilización de la observación directa de la conducta de los niños en situaciones de la vida real.

⁷ La documentación consultada sobre Winnicott es un compendio de artículos mayoritariamente inéditos y que se han publicado con posterioridad como libro bajo el título “*Deprivación y delincuencia*”. Se ha optado por referenciar la bibliografía con el año de publicación de la compilación, dado que los artículos que aparecen abarcan un período de tiempo de más de treinta años.

- 2) La observación de niños pequeños en contextos generadores de malestar o ansiedad.
- 3) Los conocimientos derivados de las observaciones de otras especies animales en situaciones naturales y en situaciones de presencia y ausencia de la madre.

Para Marrone (2008), el respeto que Bowlby sentía por el conocimiento obtenido a partir de la observación clínica era innegable. Sin embargo Bowlby pensaba que el Psicoanálisis tenía lagunas que convenía clarificar y enriquecer a través de datos empíricos y las aportaciones de otras disciplinas afines. Gracias a estas nuevas fuentes de información Bowlby desarrolló una modificación en el marco de comprensión del psicoanálisis preponderante. Como toda nueva idea que pone en duda la pretendida oficialidad científica de su época, Bowlby pagó un precio elevado por objetar algunos de los cimientos teóricos considerados fundamentales (Marrone, 2001; Riera, 2011). Sus ideas no solo cuestionaban algunos de los postulados fundamentales del propio Freud, sino que también ponían en entredicho a Klein y sus seguidores. Para Bowlby la influencia del medio externo real (la pérdida afectiva de las figuras de apego) era preponderante en la génesis de las dificultades emocionales, más allá de las fantasías que las personas otorgaban a determinados sucesos de su mundo circundante. Dicho de otro modo: aunque la vivencia que uno tiene de lo que le sucede puede contribuir a magnificarlo o desvalorizarlo, también el suceso externo puede ser de tal magnitud que desmorone la capacidad del sujeto para afrontarlo. Se podría poner como ejemplo la experiencia de una agresión física: si la víctima percibe como algo catastrófico o terrorífico, puede tener efectos más negativos. Pero también es evidente que es muy distinto una agresión física, que una frustración trivial como perder unas entradas para el cine. En este ejemplo banal, se diría que Bowlby pondría el peso en la importancia del hecho traumático “objetivo”, lo cual contradecía las ideas imperantes en los ámbitos científicos en los que le tocó vivir, que enfatizaban más la importancia de las fantasías (imágenes mentales) que los hechos en sí mismos. A pesar de que esto pueda resultar una

obviedad, vincular las causas de un determinado conflicto emocional a una sola de las partes es algo que va contra la perspectiva biopsicosocial de la salud y la enfermedad, a la par que puede atribuir las causas de esa dificultad a la persona que lo padece (Farré, 2013).

Llama la atención que las ideas de Bowlby hayan tenido un papel poco relevante dentro de sus círculos más cercanos y que, en cambio, el interés por sus ideas y descubrimientos proceda de otros referentes e investigadores alejados de éstos. Retomando estas ideas, algunos años después, un autor de reconocido prestigio en el ámbito de la resiliencia, como Boris Cyrulnik, lo expresa con las siguientes palabras: “Lo no consciente del apego no obedece a un conflicto intrapsíquico. Tiene sus raíces en un par de opuestos: el temor del mundo exterior desconocido subraya el efecto tranquilizador que produce una figura conocida y provoca el apego” (Cyrulnik, 2007:124), y que viene a mostrar cómo el apego se forja gracias al miedo a lo desconocido, junto con la confianza y la seguridad que otorga esa figura de apego. Incluso puede añadirse que este impulso a la vinculación representa no solamente una necesidad biológica de arraigarse sino que también representa la posibilidad de aprender de la realidad a través de los otros (Salvador, 2009), dado que es en la interrelación, en la relación entre una persona y otra, que el ser humano se desarrolla como tal. Así, a pesar de la gran cantidad de información científica existente acerca de la importancia del amor para el bienestar y el desarrollo humano, es inevitable preguntarse por qué el mundo no es un lugar más feliz, seguro y amoroso (Mikulincer y Shaver, 2007), y por qué la sociedad todavía no acaba de entender el mensaje de la importancia del amor (Sadurní, 2011).

4.4. LAS APORTACIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA TEORÍA DEL APEGO

El estudio del apego va más allá del ámbito infantil, que fue la etapa del desarrollo donde inicialmente se centró Bowlby y posteriormente Ainsworth y Main.

La teoría del apego puede ser útil para dar cuenta del mundo emocional y relacional adulto. Esto es así porque hablar de apego va más allá de la importancia de una figura que proporcione seguridad y estabilidad. Señala Yárnoz (2008b) que la teoría del apego es una manera de explicar y tratar de comprender las relaciones humanas, teniendo en cuenta, sin embargo, como apunta Galán (2010), que el apego no puede explicar todo el comportamiento humano. Aún y así, Lafuente y Cantero (2010:49) señalan que “hasta el momento, se ha perfilado como la teoría más importante y prometedora para el conocimiento del desarrollo afectivo”.

Para Marrone (2008), la teoría del apego de John Bowlby tiene una serie de puntos clave, que son:

La teoría del apego es **una teoría de la representación mental de las experiencias interpersonales**. Es decir, que existe una idea o representación mental para cada una de las experiencias de relación de un sujeto consigo mismo y con los otros. Así, el contacto continuado con una figura de apego que se muestra sensible al otro, proporciona cuidados, calor, seguridad y unas pautas de comportamientos estables y predecibles contribuye a que el sujeto comprenda que confiar en el otro en momentos de dificultad es algo positivo. Esto permite que la persona pueda ir discriminando en las diferentes relaciones interpersonales el tipo de relación que gratifica o que frustra. Asimismo, la relación con esta figura facilita la conexión con las propias emociones, y finalmente la regulación en la expresión de las mismas.

En esta misma línea, puede afirmarse que la teoría del apego es **una teoría de los afectos y su regulación intrapersonal e interpersonal**. Es decir, que la capacidad de respuesta de la figura de apego de forma que permita conectar con las propias emociones y expresarlas, facilita la regulación de las mismas. En la medida en que el sujeto crece y madura evolutivamente, esta regulación pasa a ser más autónoma, tal y como ocurre en la edad adulta.

La teoría del apego es **una teoría que permite fundamentar las dificultades emocionales**. Cuando una persona ha recibido durante la infancia y la adolescencia experiencias en las que se ha sentido acogido, cuidado, valorado y estimado por las figuras de apego, es probable que acabe desarrollando un marco interno que le permita contener y regular las experiencias y expresiones emocionales. Existe una relación entre apego y dificultades emocionales, dado que las personas que durante su infancia no han experimentado una relación cálida y de confianza con la persona que ha hecho de cuidadora principal, pueden presentar dificultades a la hora de hacerse cargo de sus emociones y, por tanto, tener dificultades a la hora de regularlas. Sin embargo, esta relación entre apego y dificultades emocionales dista de ser simple, directa y lineal (Yárnoz, 2008a) puesto que el apego no es una característica estática, a pesar de su relativa estabilidad en la edad adulta.

La teoría del apego es **una teoría del pensamiento reflexivo**. La relación interpersonal e intersubjetiva es algo esencial para el establecimiento de una relación de apego satisfactoria. Durante la infancia, el niño o la niña aprenden a poner palabras, a contener y regular sus emociones en el marco de una relación con sus figuras de apego. En la edad adulta este mismo “diálogo” se da en el interior del sujeto adulto, pero también en la interacción con los otros. Este tipo de pensamiento estaría en la base de la empatía, ya que implica reflexionar y ponerse en la mente de la otra persona para intentar comprender sus sentimientos.

Existen diferentes investigaciones que vienen a señalar la importancia del papel que desempeña el apego, más allá del ámbito infantil que es donde más se han centrado los estudios “clásicos”. En opinión de Yárnoz (2008a), la teoría del apego centra su interés en las relaciones interpersonales, la calidad de la adaptación temprana del sujeto, la importancia de los modelos mentales (las representaciones de las relaciones con uno mismo y con los demás), y entiende que son muy importantes las separaciones y las pérdidas. Por tanto, la importancia y el interés por el estudio del apego también se han trasladado a otras etapas del desarrollo humano.

En el caso de los adultos, el estudio del apego es igualmente relevante. Así en nuestro entorno más próximo, se ha estudiado el papel que juega el estilo de apego adulto en las relaciones cercanas y su capacidad para predecir conductas íntimas (Monteoliva, 2002); la conexión entre los estilos de apego y las actitudes amorosas en la calidad y satisfacción de las relaciones de pareja (Melero, 2008) o el efecto mediador del apego en la calidad de las relaciones de pareja (Martínez, Fuertes, Orgaz, Vicario y González, 2013); las relaciones de amor a lo largo del ciclo vital (Calatayud, 2009); la influencia de los estilos de apego en el profesorado y la percepción de sus relaciones en el alumnado (Moreno, 2010); la conexión existente entre los estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo del cuidador primario en oncología infantil (García Romero, 2011); la relación entre los diferentes estilos de apego adulto y algunos trastornos mentales como la esquizotipia (Bedoya, 2012); la influencia del apego, los tipos de amor y el ajuste matrimonial en mujeres víctimas de maltrato (Lucariello, 2012), la influencia de las experiencias adversas en la infancia, el estilo de apego y la aparición de episodios psicóticos en adultos jóvenes (Sheinbaum, 2014), o la importancia de los cuidados de enfermería para facilitar la vinculación y el apego de los padres con sus hijos prematuros (Serret, 2014).

4.5. LA DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL APEGO

El lenguaje verbal es uno de los códigos de comunicación que permite a los seres humanos comunicarse y entenderse. Las palabras son construcciones sociales consensuadas que sirven de unión entre las personas que comparten ese mismo código lingüístico. Para que los individuos de una misma comunidad, grupo étnico o sociedad puedan entenderse, deben compartir los significados que se otorgan a las palabras. En el lenguaje científico esto es sumamente importante, dadas las implicaciones que se derivan de los estudios y resultados de las investigaciones. En las Ciencias Humanas y Sociales donde el vocabulario técnico se acaba popularizando fácilmente, suele haber más dificultad para definir algunos conceptos, y hay algunos términos que se suelen usar indistintamente como

sinónimos, como son vínculo afectivo y apego. Conviene, sin embargo, cerciorarse de la precisión terminológica de los conceptos que se utilizan.

Más allá del significado semántico del concepto, es el ámbito de la Psicología el que interesa resaltar a la hora de hablar de apego. Así, se entiende por apego la disposición de cualquier ser humano a “buscar la proximidad y el contacto con una figura concreta y a hacerlo en determinadas circunstancias, sobre todo cuando está asustado, cansado o enfermo” (Bowlby, 1998: 486). Por otra parte, una conducta de apego hace referencia a “cualquiera de las diferentes formas de conducta que un niño suele poner en marcha para alcanzar y/o mantener la proximidad deseada” (Bowlby, 1998: 486) con la figura de apego (madre, padre, o figuras sustitutivas).

Fraley y Shaver (2000) recogen las aportaciones de diversos autores para señalar tres aspectos que aparecen en las diferentes taxonomías. En primer lugar, un vínculo de apego se caracteriza por la tendencia a mantener un contacto próximo con la figura de apego. En segundo lugar, una figura de apego significa una seguridad en momento de enfermedad, peligro o miedo, proporcionando protección y apoyo. Y por último, esta figura de apego facilita el alejamiento y la exploración. En base a estas características, los investigadores diferencian el apego de otras relaciones emocionales en los adultos.

Para Marrone (2001), el apego cumple una serie de condiciones conceptuales: 1) la conducta de apego se identifica de forma clara y tiene un patrón predecible; 2) acostumbra a activarse por unas condiciones concretas, e igualmente se inhibe por otras circunstancias identificables; 3) cumple una función relacionada con la supervivencia del sujeto, y 4) para que resulte efectiva, ha de funcionar y formar parte de un sistema social.

En opinión de López, (2003), las características más significativas de la persona que se convierte en figura de apego son: la aceptación incondicional del otro, la capacidad para proteger y cuidar, y por último, la intimidad como apoyo emocional y la comunicación.

Por su parte, Yárnoz (2008b) y también Hunter, Maunder y Lan Le (2016) señalan que el apego proporciona una serie de elementos que difícilmente se dan en otro tipo de relaciones, como son: la seguridad, la búsqueda de proximidad con esa figura, la especificidad de la figura de apego, la forma en que la relación de la persona con su figura de apego facilita una manera de entenderse y entender las relaciones con los otros, y, finalmente, el hecho de que frente a la pérdida de esta figura se producen una serie de comportamientos que no ocurren cuando se pierde a otro tipo de figuras.

No obstante, existe cierta tendencia a hablar de vínculo afectivo y de apego como conceptos equivalentes o sinónimos. Desde una revisión bibliográfica para analizar el concepto, se han encontrado diversos autores que utilizan el término apego, el término vínculo afectivo, o bien ambos. Ainsworth (1985; 1993) diferencia el apego (“*attachment*”) de los vínculos o lazos afectivos (“*affectional bond*”). Bowlby (1986, 1996, 1998) habla de vínculos en general o de lazos emocionales íntimos, para etiquetar como apego un tipo especial de vínculo que tiene como finalidad el cuidado y la protección. Vuyk (1983) prefiere diferenciar el apego de otros lazos afectivos. Fraley y Shaver (2000) hablan de apego y también lo diferencian de lo que sería otro tipo de vínculos afectivos. López (2003) habla también de apego como un tipo de vínculo afectivo. En este mismo sentido se muestran Casullo y Fernández (2004), que sostienen que los vínculos de apego se diferencian de otro tipo de relaciones en el hecho de que el apego promueve sentimientos de protección, seguridad y pertenencia. Oliva (2004, 2011) y Sánchez Queija y Oliva (2015) hablan de vínculo afectivo y apego, dejando claro que el apego es un tipo de vínculo. Mikulincer y Shaver (2007) llaman la atención al respecto, asegurando que el vínculo de apego no es simplemente una relación estrecha con una figura concreta, y es algo que conviene clarificar, concretando que tiene que ver con la seguridad que proporciona esa figura en momentos de necesidad. Así mismo, Marrone (2008) y Yárnoz (2008a, 2008b) hablan de apego, diferenciándolo de otro tipo de relaciones interpersonales. Galán (2010; 2016) se muestra crítico en relación con la cuestión terminológica, explicando que en el ámbito psicosocial se utiliza el concepto de

forma imprecisa, asegurando que es un error equiparar vínculo afectivo y apego, dado que el apego es uno de los diferentes vínculos afectivos que los seres humanos pueden establecer entre sí. Lafuente y Cantero (2010) hablan de vínculos afectivos para describir las diferentes maneras que los seres humanos pueden establecer lazos afectivos entre ellos, y reserva el término apego para destacar uno de esos vínculos. Talarn, Sáinz y Rigat (2013) también explicitan que el apego es un tipo de vínculo afectivo, y que existen otros vínculos afectivos sin que sean vínculos de apego. Y finalmente Sadurní (2011; 2013, comunicación personal) habla indistintamente de apego y de vínculo afectivo en aras de facilitar una comprensión fácil, puesto que en catalán la palabra que se utiliza para hablar de apego (*"aferrament"*) es una palabra difícil de pronunciar de manera habitual. No obstante, puntualiza que el término inglés *"attachment"* es una palabra más amplia que apego y *"aferrament"*, y por eso opta por el término vínculo afectivo (Sadurní, 2011).

Así pues, para mantener una línea unificada desde un punto de vista terminológico, en esta tesis se siguen las recomendaciones de Galán (2010), Lafuente y Cantero (2010), López (2003) y Yáñez (2008a) en cuanto a hablar de apego como un tipo de vínculo afectivo que puede darse en las diferentes relaciones interpersonales. Cuando se hable de otro tipo de relaciones que no sean de apego pero incluyan afectos, se empleará la expresión "vínculo afectivo", dado que pueden manifestarse afectos entre personas sin que éstos constituyan un vínculo de apego.

Por tanto, se entiende por apego la disposición de cualquier ser humano a "buscar la proximidad y el contacto con una figura concreta y a hacerlo en determinadas circunstancias, sobre todo cuando está asustado, cansado o enfermo" (Bowlby, 1998:486). Por el contrario, una conducta de apego hace referencia a "cualquiera de las diferentes formas de conducta que un niño suele poner en marcha para alcanzar y/o mantener la proximidad deseada" (Bowlby, 1998:486) con la figura de apego (madre, padre, o figuras sustitutivas).

Todos los vínculos afectivos se caracterizan por una serie de rasgos en común, a saber: poseen una naturaleza afectiva, tienen una duración en el tiempo,

se centran en unas personas concretas, promueven la proximidad y el contacto, generan ansiedad en caso de separación no deseada, se originan a partir de la interacción continuada, y su calidad depende de la misma interacción. Sin embargo el apego posee una característica singular que le es propia: su finalidad es obtener la protección frente una situación de amenaza o de peligro (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1996, 1998; Lafuente y Cantero, 2010; Marrone, 2001, 2008; Mikulincer y Shaver, 2007; Yárnoz, 2008b).

4.6. EL APEGO A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Como se ha comentado anteriormente, el pensamiento teórico de Bowlby estuvo marginado en los círculos científicos de su época. No obstante, los numerosos hallazgos en el campo de la Etología, la Neurociencia y la Neonatología, con autores tan renombrados como Terry B. Brazelton, Boris Cyrulnik, Alessandra Piontelli o Daniel Stern, por mencionar a unos pocos, han permitido volver la mirada hacia la figura y la obra de John Bowlby.

El ámbito de la infancia es el campo donde más se ha ahondado en cuanto a estudios e investigaciones se refiere. Las investigaciones ecográficas de Piontelli (2002) sobre el psiquismo fetal; los trabajos de Stern (1991) sobre la vida mental de los recién nacidos, o los estudios de Brazelton y Cramer (1993) acerca de las competencias de los neonatos, asientan la teoría del apego en un lugar privilegiado. Otro referente que ha contribuido a situar la teoría del apego en el foco de interés de las investigaciones sobre resiliencia es Boris Cyrulnik (2007), quién rescata la importancia del apego al hablar de la figura del tutor o la tutora de resiliencia. En este aspecto, Sadurní, (2011) señala a Allan Shore como uno de los pensadores actuales más relevantes en el estudio del apego, quién afirma que la resiliencia se construye en base a un vínculo de calidad en los primeros años de la vida del individuo

Se ha ido ampliando el rango de estudio y aplicación de la teoría del apego hacia otras etapas del ciclo vital, incluyendo la vida adulta, aunque en sus orígenes se interesaba por las consecuencias de las desvinculaciones o privaciones afectivas para la salud mental de la infancia. De hecho, es a partir de los años 80 que investigadores de diferentes campos de la Psicología elaboran nuevos instrumentos para evaluar y medir los estilos de apego, ampliando sus investigaciones más allá del ámbito de la infancia, e interesándose por el estudio del apego durante la adolescencia y la edad adulta (Mikulincer y Shaver, 2007). El mismo Bowlby así lo señala cuando afirma que “Especialmente evidente durante la temprana infancia, el comportamiento de apego se considera que es propio de los seres humanos desde la cuna hasta la sepultura” (Bowlby, 1986:157). Por su parte Ainsworth (1985) señala que en la edad adulta también se establecen vínculos afectivos entre los seres humanos, algunos de los cuales pueden ser identificados como vínculos de apego. Sin ir más lejos, el clásico artículo de Hazan y Shaver (1987) se interroga acerca de la posibilidad de explicar las relaciones afectivas y las relaciones románticas en adultos a partir de los hallazgos de la teoría del apego de Bowlby, sugiriendo que el amor romántico es un proceso de apego, que se experimenta de forma diferente según las variaciones en las historias de apego de las personas. Recientemente, Peter Fonagy (1999, 2004), uno de los estudiosos actuales de la teoría del apego, ha mostrado interés en comprender la influencia del apego en la vida adulta, y especialmente respecto a los trastornos mentales y su relación con las dificultades en las relaciones de apego. López (2006) también considera que las personas pueden establecer nuevos vínculos de apego durante su vida, no solo en la infancia sino también durante la edad adulta.

Teniendo en cuenta que el apego es también una disposición del adulto, conviene constatar que puede estar sujeto a variaciones individuales. Además, interesa resaltar que el apego es una disposición dinámica de la persona, no es algo estrictamente estático; esto quiere decir que una misma persona puede manifestar un estilo de apego determinado según el momento del ciclo vital en que se encuentre, aunque pueda manifestar un estilo relativamente estable. En este sentido se expresan Delgado, Oliva y Sánchez-Queija (2011) y López (2006) cuando afirman

que no todos los autores están de acuerdo en la estabilidad y la posibilidad de generalizar los patrones de apego, dado que los modelos internos con que se representan las relaciones interpersonales no son inmutables, y pueden modificarse a partir de nuevas experiencias de relaciones interpersonales, o bien a partir de cambios evolutivos o del desarrollo del individuo. El apego se ve influido por los cambios que pueden producirse dentro del sistema familiar y entre los sistemas familiares de un mismo individuo, así como por el papel que este mismo individuo explicita en esos diferentes escenarios (Lafuente y Cantero, 2010; Sroufe, 2006). Por su parte, López (2006) señala las discrepancias de los datos para poder concluir con contundencia acerca de la estabilidad o no del apego desde la infancia a la edad adulta, argumentando la imposibilidad de utilizar los instrumentos de medida válidos para valorar los estilos de apego en las diferentes edades, y la imposibilidad de valorar la influencia de los acontecimientos que pueden llegar a vivir las personas a lo largo de su vida. En la línea de ahondar en la discutida estabilidad del apego, un meta-análisis llevado a cabo por Pinquart, Feubner y Ahnert (2012) remarca que algunas modificaciones en los patrones de apego no son solo posibles sino comunes, argumentando que la investigación sobre apego muestra que la influencia de los cambios en la atención recibida desde el exterior, así como la influencia de determinados períodos del ciclo vital como por ejemplo la adolescencia, pueden contribuir a una modificación del estilo de apego. Señalan también que la estabilidad del apego seguro decae cuando se analiza en intervalos de más de cinco años, y en particular en intervalos de más de quince años. También apuntan que la estabilidad del apego a largo plazo aumenta en la medida que aumenta la edad, y que el estilo de apego seguro es el más estable. Finalmente, Hunter, Maunder y Lan Le (2016) recogen evidencias que apoyan la idea de que los patrones de apego son consistentes en el tiempo en la mayoría de personas; ahora bien, si se producen cambios, estos no son al azar. Es decir, que si se dan cambios, éstos se dirigen desde un apego seguro hacia un estilo de apego evitativo en respuesta a las adversidades de la vida, no obstante el cambio desde un apego preocupado hacia un apego seguro también es posible si se da una relación positiva que sea capaz de reparar la inconsistencia del apego anterior.

Como señala Yárnoz (2008b), la teoría del apego es una manera de explicar y tratar de comprender las relaciones humanas. La idea troncal de esta teoría es que las relaciones que se mantienen con las figuras parentales, o las que hacen las funciones substitutorias, en tanto que figuras de apego, pueden condicionar la experiencia de las relaciones posteriores. Así pues, un determinado tipo de relación de apego durante la infancia puede condicionar o influir en la manera en que las personas se relacionan consigo mismas. Por ejemplo, una figura de apego que retorna al niño o al adulto una imagen de sí mismo como alguien “malo”, puede promover en el otro la interiorización de una imagen de sí mismo en consonancia con esa valoración proveniente de la figura de apego. Además, una determinada relación de apego puede también condicionar las expectativas que las personas depositan en los demás a la hora de relacionarse y vincularse con ellos. Yárnoz (2008b) resalta también que determinadas relaciones entre las personas adultas tienen características que serían propias de los vínculos afectivos en general. Entre estas relaciones estarían las parejas o relaciones amorosas, algunas relaciones de amistad, y hasta la relación médico-paciente.

Algunas de las vinculaciones afectivas que se dan en la edad adulta tienen características de vínculos de apego. A diferencia de lo que ocurre en otras etapas evolutivas, en la edad adulta la figura de apego principal suele ser la pareja o el cónyuge (Lafuente y Cantero, 2010, López, 2003; Mikulincer y Shaver, 2007), lo cual no excluye a los padres, los hijos o incluso a los amigos. Vuyk (1983) observa que dado que el apego seguro implica relaciones favorables en la edad adulta, es fácil suponer que este tipo de apego es un vínculo bastante duradero. Anders y Tucker (2000) señalan que las personas que presentan un estilo de apego seguro acostumbran a tener una red social de soporte más satisfactoria que los individuos con apego evitativo o ambivalente, lo cual podría explicarse, en parte, a partir del menor grado de asertividad en las interacciones sociales y por déficits en las competencias comunicativas interpersonales. Los resultados obtenidos en el estudio longitudinal de Crowell y Waters, (2005) con parejas de adultos jóvenes, señalan que el apego seguro está relacionado con sentimientos positivos en la relación de pareja, existiendo menos conflictos de pareja, mientras que un estilo inseguro

muestra sentimientos negativos en relación con uno mismo y la pareja, existiendo menos sentimientos de seguridad. Estos resultados parecen mostrarse estables a lo largo del tiempo. Para Felipe, León del Barco, López y Gómez (2008), se dan diferencias en la calidad de las relaciones interpersonales según los estilos de apego de las personas. El estudio de Simpson, Andrew, Tran, y Haydon (2007) señala diferencias en la expresión emocional en las relaciones de pareja según los estilos de apego.

En resumen, los vínculos de apego que se generan en la infancia contribuyen a que el individuo organice mentalmente una manera de representarse a sí mismo y las relaciones con los demás. Esto es lo que Bowlby (1998) denominó como modelos operativos internos, que son “mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo (como entidad corporal y psíquica única) y de su entorno” (Marrone, 2001:73). Estos modelos operativos internos, que se generan a partir de las experiencias y las vivencias relacionales con las figuras con las que el sujeto se vincula (Marrone, 2008), permiten regular la expresión de las emociones, interpretar el comportamiento de los demás y el de uno mismo, y predecir las conductas de los demás, así como los pensamientos y los sentimientos (Marrone, 2008; Talarn, Sáinz y Rigat, 2013; Yárnoz, 2008b).

4.7. LOS DIFERENTES ESTILOS DE APEGO

Tal y como viene señalándose, la posibilidad de establecer una relación de apego es algo propio del niño y también del adulto (Bowlby, 1986, 1998). En el ámbito infantil se ha remarcado que para comprender la interacción bebé-figuras parentales hace falta comprender cómo ambos participantes de esa relación diádica contribuyen a la conducta del otro (Bowlby, 1998; Brazelton y Cramer, 1993; Brazelton y Greenspan, 2005). Esto sería igualmente válido como premisa en el caso del apego adulto, teniendo presente que una figura de apego puede estimular o inhibir las conductas de apego del otro sujeto participante en la relación. En este mismo sentido, vale la pena señalar que el estilo de apego de una persona puede

condicionar la manera en que ésta se relaciona e interacciona con los demás, así como el autoconcepto, y el miedo, la ansiedad y el confort/seguridad que proporciona la proximidad de la figura de apego (Lafuente y Cantero, 2010; Talarn, Sáinz y Rigat, 2013; Yárnoz, 2008b).

Conviene remarcar que el desarrollo de los trabajos de Bowlby se ha nutrido de las colaboraciones de algunas y algunos investigadores prestigiosos de su época, como es el caso de Mary Ainsworth, de manera que “algunos de los elementos importantes de la teoría del apego contemporánea fueron formulados por Ainsworth en lugar de Bowlby” (Marrone, 2001:52). Fue Ainsworth quien ideó el experimento de la “Situación Extraña” para determinar las pautas típicas de apego, y fue ella quien sugirió la existencia de tres pautas principales de apego: seguro, evitativo y ambivalente (Bowlby, 1998; Mikulincer y Shaver, 2007). Posteriormente Mary Main, Judith Solomon y Donna Weston identificaron una cuarta pauta: el apego desorganizado (Marrone, 2001). No obstante, este cuarto estilo no es en realidad un estilo definido, sino que se añade al patrón dominante observado (Galán, 2010; Sadurní, 2011). Es un tipo de apego que puede estar presente en personas que presentan traumas relacionados con pérdidas o situaciones de abuso (Hunter, Maunder y Lan Le, 2016; Mikulincer y Shaver, 2007; Sadurní, 2011).

Posteriormente, se ha continuado investigando y profundizando sobre las diversas formas de expresión del apego, también en personas adultas. Gracias a esta variedad de estudios se ha ido perfilando y afinando las características de las diferentes expresiones de la conducta de apego (Bowlby, 1998; Marrone, 2001). En relación con la clasificación del sistema de vínculos afectivos en la edad adulta, ésta sigue un paralelismo con lo descrito para la clasificación del apego infantil (Mikulincer y Shaver, 2007; Sadurní, 2011), si bien los diferentes instrumentos para evaluar el apego en la edad adulta arrojan algunas diferencias en cuanto a las clasificaciones de apego (Lafuente y Cantero, 2010; Mikulincer y Shaver, 2007; Yárnoz, 2008b).

Se produce una controversia en relación con la clasificación del apego adulto, dado que existen dos formas de clasificarlo, según si los investigadores tienen un enfoque más evolutivo o bien más psicosocial (Maunder y Hunter, 2012; Strauss y Brenk-Franz, 2016). Por una parte el sistema de dos dimensiones: ansiedad y evitación. También hay, por otro lado, el sistema de cuatro categorías o estilos de apego: seguro, inseguro evitativo, inseguro preocupado, e inseguro desorganizado (Hunter, Maunder y Lan Le, 2016; Lafuente y Cantero (2013; Yárnoz, 2008b).

La siguiente figura muestra estos dos sistemas de clasificación en un eje de coordenadas:

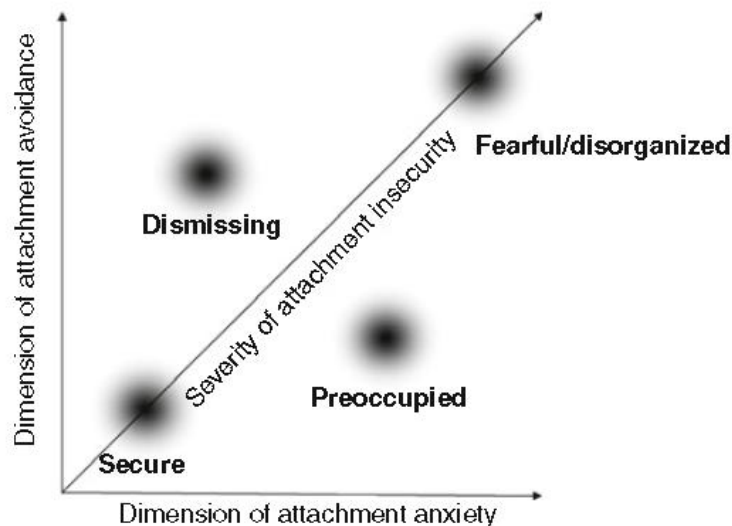


Figura 7: Modelo de dimensiones y prototipos de apego de Maunder y Hunter. FUENTE. Hunter, Maunder y Lan Le (2016:13)

En un eje se sitúa la dimensión apego evitativo (de menor a mayor intensidad) y en el otro eje se sitúa la dimensión apego ansioso (de menor a mayor intensidad). En esos dos ejes de coordenadas los autores ubican los diferentes estilos de apego, donde la línea diagonal señala, de menor a mayor, la severidad del apego inseguro. Como puede verse, el apego seguro se sitúa prácticamente en el vértice, es decir, con la menor intensidad de evitación, ansiedad e inseguridad del apego.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes estilos de apego adulto así como una breve descripción.

Tabla 7. Estilos y conductas de apego

Apego adulto	Se define como...	Se expresa en el relato biográfico mediante...
Seguro/ (autónomo)	<p>Adultos que durante su infancia han disfrutado de unos padres o figuras cuidadoras cálidos, atentos y sensibles, que han dado respuesta satisfactoria a las necesidades del individuo durante su infancia. Estas figuras les han proporcionado unos referentes de regulación afectiva y control.</p> <p>En estos adultos se da una valoración positiva del otro, y las relaciones interpersonales se experimentan como una fuente de satisfacción y bienestar.</p>	<p>Un relato de las relaciones afectivas de la infancia que expresa naturalidad, con un discurso equilibrado y aparente objetividad, esforzándose por recordar esas relaciones, y donde se intenta comprender las relaciones con los progenitores sin caer en la crítica gratuita o fácil.</p>
Inseguro evitativo	<p>Adultos que durante su infancia han tenido unos padres o figuras cuidadoras inconsistentes o inaccesibles, que no han sido capaces de satisfacer sus demandas afectivas. Estos padres se han comportado dando muestras de malestar, rechazo o incluso hostilidad hacia el niño. Las muestras de cariño, afecto y contacto de los padres se dan con poca frecuencia.</p> <p>Estos adultos acostumbran a establecer relaciones en las que se sienten fácilmente frustrados y sin gratificación.</p> <p>Tienden a evitar o bien inhibir la comunicación y la demanda de ayuda, con lo que no esperan o buscan el apoyo y la ayuda en las relaciones en general y en las figura de apego en particular.</p>	<p>Se expresan recuerdos incoherentes, o no se da una importancia al pasado y al efecto que pueda haber tenido en el comportamiento y el desarrollo posterior. Se ofrece un discurso pobre de contenido, con escasos elementos de apoyo (recuerdos vagos).</p> <p>En su relato pueden presentarse detalles de hechos difíciles pero sin entrar en aspectos emocionales o minimizando su importancia.</p>

Apego adulto	Se define como...	Se expresa en el relato biográfico mediante...
Inseguro preocupado (o ambivalente)	Adultos que durante su infancia han tenido unos padres o figuras cuidadoras poco predecibles a la hora de satisfacer las demandas afectivas, de manera que la satisfacción de estas necesidades se desatiende durante lapsos de tiempo. Estos adultos se sienten atrapados en sus emociones negativas, e incapaces de una comunicación afectiva en la relación con los otros. Pueden establecer relaciones en las que se acaban mostrando dependientes y ambivalentes.	Muestra preocupación por las experiencias de apego del pasado. El relato de los recuerdos de la infancia se expresa como si siguiera vigente en el momento presente. Pueden expresar un discurso extenso pero confuso. Pueden relatar unas figuras de apego durante la infancia que no se implicaron suficientemente en la satisfacción de sus necesidades.
Desorganizado (desorientado)	Adultos que presentan traumas relacionados con pérdidas o situaciones de abuso, caracterizadas por un “miedo sin solución”.	Aparecen vacíos o lapsus en el razonamiento y en el relato de los episodios de la infancia. La persona puede mostrar actitudes inconsistentes hacia las figuras de apego (desvalorización/idealización).

FUENTE. Elaboración propia a partir de: Galán (2010), Marrone (2001), Sadurní (2011), Talarn, Sáinz y Rigat (2013) y Yárnoz (2008a)

Para Yárnoz, (2008a) las personas que han disfrutado de una figura cuidadora (padres o figuras igual) y que les han proporcionado unos referentes de regulación afectiva y control, expresan una valoración positiva del otro, y las relaciones interpersonales se experimentan como una fuente de satisfacción y bienestar. Con un cuidador con estas características, el individuo es capaz de aceptar las atenciones que se le dan y responder en consonancia. En opinión de

Talarn, Sáinz y Rigat (2013), este tipo de estilo de apego no excluye sentimientos de inseguridad o situaciones de conflicto padres-hijos, destacando, eso sí, que el clima emocional en esas relaciones es de confianza.

Aquellas personas que han tenido cuidadores inconsistentes o inaccesibles, acostumbran a establecer relaciones en las que se sienten fácilmente frustrados y sin gratificación. En estos casos, los adultos con apego evitativo tienden a inhibir un comportamiento que favorezca la comunicación y la demanda de ayuda. Por el contrario, los adultos con apego ambivalente, sacrifican las relaciones dado que se sienten atrapados en las emociones negativas que les genera esa frustración (Yárnoz, 2008b).

Resulta interesante destacar la propuesta de Bartholomew y Horowitz (1991) que describe un modelo de los estilos de apego adulto junto con la conceptualización positiva y negativa de uno mismo y de los otros que puede tener una persona, y lo expresan tal y como se muestra en la siguiente figura:

		Modelo (visión) de uno mismo (dependencia)	
		Modelo positivo (dependencia baja)	Modelo negativo (dependencia alta)
Modelo (visión) de los otros (evitación)	Modelo positivo (evitación baja)	SEGURO	PREOCUPADO (ambivalente para Hazan y Shaver, 1987)
	Modelo negativo (evitación alta)	DISTANTE EVITADOR	TEMEROSO (evitador para Hazan y Shaver, 1987)

Figura 8. Modelo bidimensional para cuatro categorías de apego adulto. FUENTE. Extraído de Bartholomew y Horowitz (1991), ampliado con Lafuente y Cantero (2013) y Yárnoz (2008b).

Según Bartholomew y Shaver (1998), los patrones seguro, preocupado y distante son conceptualmente similares a las categorías que se describen mediante la *Adult Attachment Interview* (AAI) o Entrevista de Apego Adulto. Es una entrevista para evaluar el apego adulto, diseñada por Mary Main, una de las colaboradoras de Mary Ainsworth (Sadurní, 2011). Los patrones seguro, preocupado y temeroso son similares a la clasificación de seguro, ansioso-ambivalente y evitador propuesta por Hazan y Shaver (Bartholomew y Horowitz, 1991; Bartholomew y Shaver, 1998).

Así, los adultos con apego seguro se caracterizarían por tener una visión positiva de ellos mismos y de los demás, de manera que se sienten cómodos en la relación con los demás. Los adultos con apego inseguro-preocupado se caracterizarían por tener una visión negativa de sí mismos y una visión negativa de los otros, lo cual les llevaría a buscar de forma ansiosa la aceptación y la aprobación de los demás. Los adultos con apego temeroso, se caracterizarían por una visión negativa de sí mismos y de los otros, mostrándose altamente dependientes de los otros. Los adultos con apego inseguro-evitativo se caracterizarían por una visión positiva de sí mismos y negativa de los otros, evitando la intimidad y la cercanía, aunque mantendrían un sentimiento de autovaloración (Bartholomew y Horowitz, 1991; Bartholomew y Shaver, 1998).

Conviene dejar constancia de un hecho en relación con los estilos de apego y las conductas con que se expresan cada uno de ellos, y es que el apego es una disposición de la persona y, por tanto, está sujeto a variaciones individuales. Pero sobre todo, interesa resaltar que el apego es una disposición dinámica y no estática de la persona, es decir, que una misma persona puede mostrar un estilo de apego según el momento del ciclo vital en que se encuentre, a pesar de que sea un patrón relativamente estable. Sadurní (2011) concreta que al igual que la persona se desarrolla y sus necesidades cambian con el tiempo, las conductas de apego también cambian; y añade que también existen formas de relacionarse afectivamente que no siempre pueden clasificarse o etiquetarse de forma exhaustiva en relación con los patrones de apego descritos. De hecho, puede decirse que la

realidad del comportamiento humano es más compleja y de difícil reduccionismo a unas categorías concretas. Lafuente y Cantero (2010) consideran que muchas personas pueden mostrar o comportarse de manera que se identifiquen más de un estilo de apego. Más allá se expresa Yárnoz (2008a) al afirmar que las clasificaciones del apego no han tenido mucho éxito entre los investigadores de carácter más clínico, por cuanto la idea de clasificación del estilo de apego está reñida con la idea de desarrollo evolutivo del niño o del mismo adulto (en el sentido de posibilidad de evolucionar y madurar), y que las categorías de apego propuestas son, en principio, excluyentes (una persona no puede estar clasificada en dos categorías opuestas). En este mismo sentido Galán (2010) apunta el hecho de que en contextos aplicados es un error habitual en los profesionales el esperar una reproducción literal de los estilos de apego a través de un determinado estilo de comportamientos, cosa que no siempre tiene por qué ser así. Señala también, junto a otros autores, que es un error considerar los estilos de apego como estilos de personalidad, dado que estos rasgos no son necesariamente permanentes ni generalizables (Galán, 2010; Lafuente y Cantero, 2010).

Finalmente señalar que el apego se expresa a través de componentes comportamentales (conductas), cognitivos (pensamientos, ideas, representaciones mentales) y afectivos (emociones) (Yárnoz, 2008b). Las conductas de apego están destinadas a alcanzar o mantener la relación con la figura de apego (Bowlby, 1998:486). Los aspectos cognitivos tienen que ver con todo aquello que sirve al adulto para valorar las relaciones con las figuras de apego (Yárnoz, 2008b), a saber: procesamiento de la información acerca de la relación persona-entorno, por un lado; el seguimiento y evaluación de las respuestas de la figura de apego dadas a los intentos de búsqueda y aproximación por parte del sujeto, y el seguimiento y evaluación de la efectividad de los comportamientos en un contexto determinado (Mikulincer y Shaver, 2007). El componente afectivo se refiere a aquellas emociones que se generan en relación con la figura de apego (Yárnoz, 2008b).

4.7.1. LA CLASIFICACIÓN DEL APEGO EN CIFRAS: ESTUDIOS CON POBLACIÓN EXTRANJERA Y ESPAÑOLA

La clasificación del apego en adultos permite establecer el porcentaje de cada uno de los estilos. El clásico estudio de Hazan y Shaver (1987) mediante cuestionario, o la *Adult Attachment Interview* (AAI) o Entrevista de Apego Adulto, son dos ejemplos de estrategias diferentes para conocer los estilos de apego adulto. Sin embargo, no son las únicas (Marrone, 2001; Mikulincer y Shaver, 2007; Sadurní, 2011; Yárnoz, 2008a). En opinión de Masana (2011:111), hacen falta “instrumentos fiables, asequibles y replicables de valoración del vínculo (...). La dispersión de instrumentos y la ausencia de profesionales capaces de administrarlos es actualmente un problema que no solo dificulta la evaluación, sino la comparación de resultados en investigación”. Considera también necesario la interdisciplinariedad de investigadores de manera que se puedan integrar distintas visiones del fenómeno del apego. Marrone (2001). Sadurní (2011) y Yárnoz (2008a) describen de forma excelente la diversidad de instrumentos disponibles en lengua castellana.

El clásico estudio de Hazan y Shaver (1987) señala los siguientes porcentajes en adultos americanos: 56% apego seguro y 44% apegos inseguros (24% evitativo y 20% ansioso/ambivalente). Lafuente y Cantero (2010) recogen datos procedentes de diferentes investigaciones que muestran resultados muy similares con los datos recogidos en diversos contextos culturales (EE.UU., Israel, Australia y España).

Tabla 8. Distribución de los estilos de apego adulto en EE.UU., Australia, Israel y España

	Seguro	Huidizo	Preocupado	Investigadores
EE.UU.	55%	25%	20%	Hazan y Shaver (1987)
Australia	55%	30%	15%	Freeney y Noller (1990)
Israel	56%	25%	19%	Mikulnicer, Florian y Tolmacz (1990)
España	55%	24%	21%	Serra, Millán, Lafuente et al. (1993)

FUENTE. Lafuente y Cantero (2010:208).

En una revisión más reciente y exhaustiva, Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2010) recogen datos de los estilos de apego en diferentes muestras poblacionales, clínicas y no-clínicas, tanto de EE.UU. como de otros países, a partir de los resultados obtenidos con 10.000 Entrevistas de Apego Adulto. Un resumen de este voluminoso conjunto de datos es el que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 9. Distribución actualizada de estilos de apego adulto en diferentes contextos socioculturales

	Muestra	Seguro	Evitativo	Preocupado
EE.UU (no-clínica)	Madres (n=748)	58%	23%	19%
	Padres (n=439)	58%	28%	15%
	Adolescentes (n=617)	52%	35%	13%
EE.UU (clínicas)	(n=1956 hombres/mujeres)	27%	37%	37%
Europa	(n=476 hombres/mujeres)	56%	30%	14%
Japón/Israel	(n=138 hombres/mujeres)	66%	19%	12%

FUENTE. Elaboración propia a partir de Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2010).

De los datos recogidos por Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2010) se desprende que el estilo de apego seguro representa más del cincuenta por ciento de los estilos de apego en población adulta no-clínica.

En lo que respecta a la población española, los datos acerca de los estilos de apego adulto son diversos, obteniéndose diferentes valores según el tipo poblacional estudiado y el instrumento de medida utilizado, tal y como se detalla a continuación.

Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz (2001) estudian el estilo de apego mediante el Cuestionario de Relación de Barttholomew y Horowitz, en una muestra vasca no-clínica de 118 mujeres estudiantes universitarias, entre los 20 y los 27 años de edad, encontrando un 43,20% de mujeres con apego seguro y un 56,80% de mujeres con apegos inseguros (15,30% apego evitativo, 24,60% apego preocupado, 16,90% apego temeroso).

Calesso (2007) estudia el vínculo de apego mediante la Entrevista de Prototipos de Apego Adulto de Strass y Lobo-Drost, en una muestra catalana de 80 madres adolescentes y madres jóvenes entre los 12 y los 24 años de edad, encontrándose un 36,70% de mujeres con apego seguro y un 63,30% con apegos inseguros en el grupo de madres adolescentes, y un 32,30% de mujeres con apego seguro y un 67,70% con apegos inseguros en el grupo de madres jóvenes.

Melero y Cantero (2008) evalúan el apego mediante el Cuestionario de Apego Adulto de Melero y Cantero en una muestra española no-clínica de 445 personas, 159 hombres y 286 mujeres, entre los 18 y los 57 años de edad, encontrando un 28,55% de personas con apego seguro y un 71,46% de personas con apegos inseguros (29,66% apego evitativo, 26,07% apego preocupado, 15,73% apego temeroso).

Yárnoz y Comino (2011) evalúan el apego utilizando dos instrumentos diferentes de apego en una muestra española no-clínica de 1124 personas, entre los 16 y los 79 años. Por una parte, el Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz encontró un 63,40% de personas con apego seguro y un 36,60% de personas con apegos inseguros (13,20% apego evitativo, 13,60% apego preocupado, 9,80% apego temeroso). Por otra parte, el Cuestionario de Relaciones Personales de Crowne y Marlowe encontró un 27,30% de personas con apego seguro y un 72,60% de personas con apegos inseguros (44,20% apego preocupado, 6,60% apego evitativo, 21,80% apego temeroso).

Lacasa y Muela (2014) estudian el apego mediante el Cuestionario CaMir-R en una muestra no-clínica de 404 adolescentes catalanes y vascos, entre los 14 y los 19 años de edad, hallando un 60% de personas con apego seguro y un 40% de personas con apegos inseguros (18% apego preocupado, 22% apego evitativo).

Català (2015) estudia el apego mediante la Entrevista de Apego Adulto de Goerge, Kaplan y Main en una muestra española de 49 personas con cáncer

sometidas a trasplante hematopoyético, 24 mujeres y 25 hombres, entre los 14 y los 67 años de edad, encontrándose un 57,14% de personas con apego seguro y un 42,86% con apegos inseguros.

Puede verse un resumen de los datos recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 10. Porcentajes de apego adulto en población española

Autor/es	Muestra/instrumento	Resultados
Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz (2001)	118 mujeres Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz	43,20% apego seguro 56,80% apegos inseguros (15,30% evitativo, 24,60% preocupado, 16,90% temeroso)
Calessio (2007)	80 mujeres adultas Entrevista de Prototipos de Apego Adulto de Strass y Lobo-Drost	(grupo de madres adolescentes) 36,70% apego seguro 63,30% apegos inseguros (grupo de madres jóvenes) 32,30% apego seguro 67,70% apegos inseguros
Melero y Cantero (2008)	445 adultos Cuestionario de Apego de Melero y Cantero	28,55% apego seguro 71,46% apegos inseguros (29,66% evitativo, 26,07% preocupado, 15,73% temeroso)
Yárnoz y Comino (2011)	1124 adultos Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz	63,40% apego seguro 36,60% apegos inseguros (13,20% evitativo, 13,60% preocupado, 9,80% temeroso)
Yárnoz y Comino (2011)	1124 adultos Cuestionario de Relaciones Personales de Crowne y Marlow	27,30% apego seguro 72,60% apegos inseguros (44,20% preocupado, 6,60% evitativo, 21,80% temeroso)
Lacasa y Muela (2014)	404 adolescentes Cuestionario de apego CaMir-R	60% apego seguro 40% apegos inseguros (18% apego preocupado, 22% apego evitativo)
Català (2015)	49 adultos Entrevista de Apego Adulto de Goerge, Kaplan y Main	57,14% apego seguro 42,86% apegos inseguros

FUENTE. Elaboración propia.

De la observación de los datos puede deducirse que los porcentajes del estilo de apego adulto seguro son los más numerosos cuando se utilizan los instrumentos de medida más usuales, como la Entrevista de Apego Adulto, el Cuestionario de Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz, o el CaMir-R. Así mismo, estas cifras se acercan más a las obtenidas por Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2010) tanto en población norteamericana como europea.

En esta investigación se seguirá la clasificación del apego adulto según el sistema de tres categorías, prototipos o estilos de apego, dado que el cuestionario que se utiliza para evaluar el apego adulto, el CaMir-R, es una escala que mide el apego según este sistema de tres categorías.

4.8. EL APEGO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Estar enfermo o encontrarse en una situación de salud frágil es algo que genera un malestar subjetivo en cualquier persona, independientemente de su capacidad o de sus competencias para afrontar esa situación de malestar. Siguiendo a Bowlby (1998), en esta situación temporal de malestar, o bien en una situación de malestar crónico, es esperable que se ponga en marcha el sistema de apego del sujeto, con la finalidad de calmar o contener ese malestar concomitante. Señala también que la aparición de este tipo de comportamiento no ha de verse como algo “regresivo”, sino que es la activación de esas conductas de apego. Lafuente y Cantero (2013) se expresan en esta misma línea, afirmando que en la edad adulta también se dan necesidades afectivas, y que éstas no son demandas infantiles o regresivas. Mikulincer y Shaver (2007) señalan que posiblemente cualquier situación que una persona de cualquier edad perciba como amenazante tiende a activar el sistema de apego, y al hacerlo, la persona accede a pensamientos, ideas, sentimientos y comportamientos para contactar o aproximarse a la figura de apego. Asimismo insisten en que aunque esta activación o desactivación del apego depende de una valoración subjetiva que la persona hace de la situación

amenazante, esta valoración no siempre es consciente o racional. Señalan que la activación del apego también puede producirse, por ejemplo, a partir de pensamientos, imágenes, fantasías o sueños, como podría ser pensar en la propia muerte.

Se ha ampliado la aplicación de la teoría del apego para comprender las enfermedades (Strauss y Brenk-Franz, 2016). En términos generales, la literatura científica recoge evidencias acerca de las relaciones entre la existencia de redes sociales de apoyo y la salud física de las personas (Pietromonaco, DeVito, Ge y Lembke, (2015). Según Masana (2011), existe información empírica que muestra la influencia del apego en la salud. El estilo de apego seguro se relaciona con mejores estrategias y hábitos de salud que los estilos inseguros (Huntsinger y Luecke, 2004). Se ha encontrado relación entre los estilos de apego inseguros y deficiencias en la salud física (McWilliams y Bailey, 2010). Los datos de diversas investigaciones revisadas apuntan a que los apegos inseguros se asocian con problemas de salud, encontrándose mayor susceptibilidad al estrés, el incremento de mecanismos de regulación externa de los afectos, y estrategias erróneas en la búsqueda de ayuda (Maunder y Hunter, 2001; Strauss y Brenk-Franz, 2016). También muestran una mayor tendencia a la rigidez que el apego seguro, lo cual puede significar que la persona tenga menos opciones para adaptarse a circunstancias diversas; esto es especialmente problemático en situaciones que demandan la cooperación con otras personas, como por ejemplo en los cuidados de salud, dificultando el acceso a los servicios sanitarios, manteniendo una pobre comunicación, y evidenciando una peor adherencia a los tratamientos (Hunter, Maunder y Lan Le, 2016).

Llegados a este punto, cabe preguntarse si el apego influye en los estados de salud y enfermedad, si la aparición de una enfermedad o su mantenimiento afectan al estilo de apego de la persona, o bien lo que ocurre es que los diferentes estilos de apego influyen o condicionan determinados comportamientos compatibles con la mejora de la salud personal, como por ejemplo, la adhesión al tratamiento, la confianza en el personal sanitario, etc. Para Strauss y Brenk-Franz (2016) puede

asumirse que la enfermedad de una persona y la activación del sistema de apego se influyen mutuamente.

Baider (2003) da cuenta de diversos estudios epidemiológicos de personas adultas sanas y personas adultas con enfermedades diversas que señalan que, en situación de enfermedad, las personas casadas tienen mayores niveles de bienestar físico y psicológico que las personas solteras o viudas.

Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006), en una investigación acerca de la influencia del apego y el clima familiar como facilitadores de un mayor bienestar emocional y capacidad para afrontar las emociones, llegan a la conclusión de que un estilo de apego seguro se relaciona de forma moderada con la salud mental, y que el apego temeroso, por el contrario, es un factor de riesgo para la salud mental.

Garrido-Rojas (2006) muestra como diferentes investigaciones señalan que en el estilo de apego seguro se presentan mayor cantidad de emociones como la confianza, la alegría, el placer, la calma y la tranquilidad, mientras que en el evitativo aparecen más frecuentemente la ansiedad, el miedo, la hostilidad y la desconfianza, y en el ambivalente destaca la preocupación, la rabia, el estrés y la ansiedad.

La teoría del apego puede arrojar alguna luz acerca de cómo las relaciones contribuyen a la salud, dado que muchos aspectos implicados en las relaciones de apego, como la regulación afectiva, la autorregulación, la percepción y la búsqueda de apoyo o los cuidados recibidos, se encuentran relacionados con la salud. Las personas con un apego seguro esperan de sus figuras de apego la disponibilidad y la respuesta positiva, de manera que son capaces de buscar la ayuda de estas figuras en caso de necesidad. Sin embargo, las personas con un estilo de apego inseguro, al no esperar respuesta de los demás, reaccionan de manera que insisten en señalar su malestar y tratan de mantener la proximidad, con una búsqueda excesiva de seguridad y apoyo. Y en el caso de las personas con apego evitativo, al sentir que las figuras de apego no van a responder a sus necesidades, suelen actuar

tratando de minimizar el malestar y dejan de buscar el apoyo externo. (Pietromonaco, DeVito, Ge y Lembke, 2015).

Para Hunter, Maunder y Lan Le (2016) los estilos de apego se corresponden con diversos “tipos de pacientes”, y Strauss y Brenk-Franz (2016) dan ejemplo de las características de los pacientes según sus estilos de apego. Así, el “paciente seguro” es capaz de manejar las situaciones estresantes de la vida diaria. Es una persona capaz de percatarse de lo que va bien o mal, de regular las emociones y de expresar el malestar de forma constructiva, lo cual facilita la colaboración y las relaciones satisfactorias en la atención sanitaria. El “paciente preocupado”, en cambio, es una persona que tiene dificultades con su regulación emocional y sus excesivas expresiones de malestar provocan que los otros se movilicen; no obstante, este estilo de paciente tiende a frustrar los intentos por obtener una atención consistente, lo cual le devuelve una imagen de persona que no está siendo atendida. El “paciente evitativo”, por otra parte, es aquel que enfatiza su autosuficiencia y la evitación de la necesidad, de manera que tiende a trivializar sus problemas y síntomas; es un paciente que neutraliza las emociones más fuertes, y en caso de malestar, utiliza mecanismos para distanciarse del otro. Finalmente, el “paciente desorganizado” es el que manifiesta unas relaciones más caóticas en un encuadre de cuidados para la salud, siendo el tipo de paciente que más dificultades representa a la hora de establecer una relación con él.

En el caso de las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, Santelices, Garrido, Fuentes, Guzmán y Lizano (2009) aportan datos de que las personas en diálisis muestran un estilo de apego ansioso, e interpretan que es debido a la inseguridad de la situación vital, que provoca una manera de relacionarse con uno mismo y con el entorno más ansiosa en lo que se refiere a buscar una mayor proximidad afectiva. En el tratamiento del lupus, Bennett, Fuertes, Keitel y Phillips (2011) referencian resultados en relación con la influencia negativa entre el apego evitativo y la adherencia al tratamiento, mientras que el apego ansioso influye también negativamente en la calidad de vida. De igual modo, Martin, Vosvick y Riggs (2011) evidencian correlaciones negativas significativas entre el

apego ansioso y la calidad de vida de personas VIH positivo. Taylor, Marshall, Mann y Goldberg (2011) muestran una relación significativa entre el estilo de apego inseguro y el mayor número de consultas con síntomas o quejas corporales inespecíficas en la atención primaria. Lossa, Corbella y Botella (2012) encuentran diferencias significativas entre los estilos de apego y la construcción de la alianza terapéutica en contextos de psicoterapia. Holwerda, Sanderman, Pool, Hinnen, Langendijk, Bemelman, Hagedoorn y Sprangers (2013) obtienen resultados que avalan la hipótesis de la influencia del estilo de apego en la relación médico-paciente en personas con diagnóstico de cáncer, señalando que los estilos inseguros se relacionan con una menor satisfacción de la relación médico-paciente. Catalá (2015) estudia la relación del apego y otras variables como elementos que permitan predecir la evolución en los casos de trasplante de médula ósea, encontrando que las personas con apego seguro respondían con menos complicaciones secundarias, mostraban mejores respuestas y mayor tasa de supervivencia. Lemos (2015) refiere diferencias entre las personas con estilos de apego seguro e inseguro a la hora de afrontar los acontecimientos estresantes vitales, lo cual les facilita regular el estrés de forma más operativa y óptima, repercutiendo de forma positiva en su estabilidad fisiológica.

En un grupo de pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia, Gayton (2001) evalúa el papel de los estilos de apego adulto con respecto al estrés, las estrategias de evaluación y los procesos de afrontamiento, por un lado, y la relevancia de las conductas resultantes bajo una situación de amenaza para la salud. Los pacientes con una visión más positiva de sí mismos informaron de menores niveles de estrés con relación al cáncer, pudiendo deberse a que eran capaces de percibir su estado de salud de forma realista gracias a que su sentimiento de autoconfianza les permitía afrontar la amenaza.

Strauss y Brenk-Franz (2016) recogen datos de diferentes investigaciones que señalan que los pacientes con cáncer que tienen estilos de apego inseguro, manifiestan una mayor dependencia y un miedo relacionado con la enfermedad mucho mayor.

Finalmente, señalar la propuesta de Hinnen (2016) en relación con la trayectoria del malestar emocional en función de los estilos de apego en personas con cáncer y en los diferentes momentos del proceso de la enfermedad. Esta propuesta, basada en consideraciones teóricas y en los hallazgos recogidos por el autor, pretende hacer hipótesis acerca de la trayectoria del malestar emocional de las personas con cáncer en las diferentes fases de la enfermedad, y según sus estilos de apego.

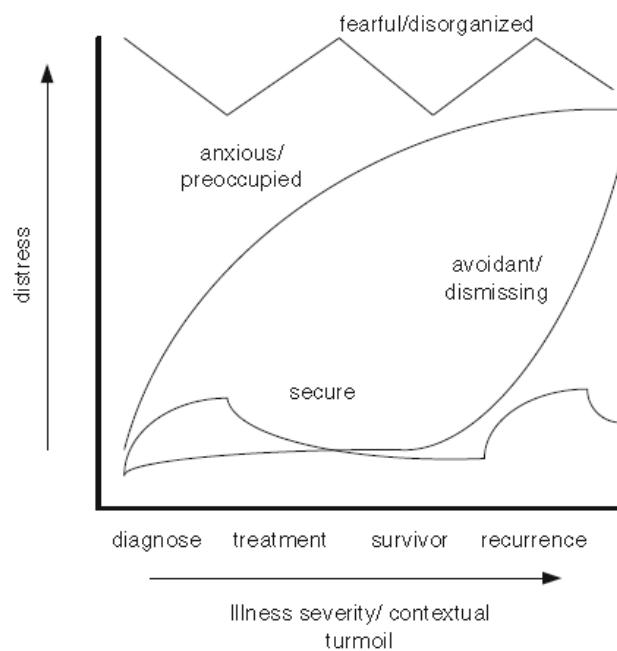


Figura 9. Trayectorias hipotéticas del malestar durante las fases del cáncer. FUENTE. Hinnen (2016:77).

En esta propuesta, las personas con apego seguro podrían mostrar mayor malestar emocional en el momento del diagnóstico o en la fase de recaída. Los pacientes con apego evitativo, en cambio, mostrarían bajos niveles de malestar hasta que su situación clínica llega a ser demasiado exigente, dando lugar a una súbita y continuada angustia. Por otra parte, las personas con apego preocupado pueden tener serias dificultades a la hora de regular sus afectos, de manera que

incrementen su malestar de forma extrema. Por último, las personas con apego desorganizado, al tener una experiencia crónica de gran malestar, mostrarían elevados niveles independientemente de la enfermedad.

4.9. LAS FUNCIONES EMOCIONALES DE LA FAMILIA Y EL APEGO EN LAS PERSONAS CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES

El cáncer es una situación que puede desbordar los recursos personales de la persona enferma pero también los recursos de los familiares más cercanos que apoyan a la persona con cáncer y sufren las consecuencias de la enfermedad (De Cáceres, 2007). Como cualquier situación de malestar grave, el cáncer genera preocupación y malestar en aquellos que lo padecen, no solo por la incertidumbre de su pronóstico, sino también por la carga negativa que conlleva el diagnóstico. A pesar de los avances biomédicos, el cáncer sigue despertando un sentimiento de malignidad como ninguna otra enfermedad actual. “Las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes con cáncer son un aspecto relevante a lo largo del proceso de atención oncológico, bien en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento como en las curas paliativas cuando son necesarias, ya que influyen en la calidad de vida hasta después de haber finalizado los tratamientos” (Departament de Salut, 2009:5). Como señalan Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, González y Martín (2012:247): “Los estudios revisados muestran la alta frecuencia de problemas de salud mental y de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en pacientes con cáncer, en mayor medida que en la población general”. El conocimiento de sus necesidades emocionales permitirá, pues, mejorar las acciones e intervenciones dirigidas a las personas afectadas.

Por la especificidad de esta enfermedad, y en relación con el apego, en el cáncer se da una de las condiciones para que se genere el apego: el miedo (Bowlby, 1998; Cyrulnik, 2007). Cuando se produce la aparición de la enfermedad, la persona con cáncer seguramente buscará el contacto emocional de las personas más allegadas. La seguridad afectiva más cercana para cualquier persona es la que

proviene de la familia. Esto es especialmente relevante en la etapa infantil. Sin embargo, en la etapa adulta, esta seguridad se busca en la familia, y especialmente en la pareja, aunque la participación en más de un grupo es más evidente. En los adultos, existe diversidad de figuras de apego. En este sentido se expresa Bowlby (1998) al afirmar que parte de la conducta de apego durante la edad adulta se dirige hacia personas de fuera de la familia, o bien hacia grupos con los que la persona mantiene puntos de unión, tales como compañeros de estudios o de trabajo, o grupos con los que se compartan aficiones. Aunque las personas establecen lazos afectivos con diferentes personas y grupos dentro y fuera del grupo familiar, los referentes familiares en la edad adulta siguen siendo importantes. Con todo, conviene reflexionar sobre este singular grupo, dado que también está sometido a los cambios sociales y culturales. Se puede afirmar que la configuración familiar está en constante evolución, de manera que hablar de familia en pleno siglo XXI no está exento de dificultad, ya que la familia no se encuentra al margen de los cambios sociales y de las influencias culturales. El núcleo familiar tradicional formado por la pareja hombre y mujer, varios hijos y algún miembro de la familia extensa (abuelos, tíos...), se ha ido modificando, de manera que actualmente se habla de diferentes formas de agrupación para los miembros de la unidad familiar: familia nuclear, familia monoparental, familia extensa.... En este momento en que todo se vuelve "líquido", pensar en el vínculo familiar como una unión a perpetuidad es algo que parece estar fuera de lugar (Bauman, 2005, 2007).

Ahora bien, a pesar de los cambios que ha ido experimentando la familia a tenor de los tiempos, ésta es considerada como el fundamento para la socialización primaria y también como el entramado protector de sus miembros (Perea, 2006; Salvador, 2009). La familia continúa siendo el referente emocional principal de las personas afectadas por el cáncer, teniendo en cuenta que el afecto y el amor son las principales motivaciones de los familiares (García Romero, 2011). La seguridad que proporcionan los familiares es algo que las personas en situación de cuidados paliativos por el cáncer refieren como un aspecto relevante, al igual que el hecho de disfrutar de esos cuidados en un entorno como es el propio domicilio (Milberg, Wahlberg, Jakobsson, Olsson, Olsson y Friedrichsen, 2011). Por otra parte, Braun,

Hales, Gilad, Mikulicer, Rydall y Rodin (2012), analizan la manera en que las parejas de enfermos de cáncer se hacen cargo de los cuidados y atenciones, encontrando que un estilo de cuidado más controlador se relaciona con un estilo evitativo y ansioso de apego en la persona enferma. En una línea similar, Calvo, Palmieri, Marinelli, Bianco y Kleinbub (2014) investigan acerca de la relación entre los estilos de apego, la empatía paciente-familiar cuidador y la alianza médico-paciente en situación de cáncer terminal. Sus resultados señalan que el estilo de apego influye en la percepción que el paciente tiene de su grado de empatía con el cuidador familiar y en la alianza terapéutica que establece con el médico, de manera que las personas con apego seguro muestran una mayor proximidad y cercanía con su cuidador, y están más satisfechas de la relación médico-paciente.

Como se ha señalado anteriormente, la familia es uno de los diversos sistemas que proporcionan amparo y contención emocional en los momentos de dificultad o en las situaciones de desequilibrio interno (Delage, 2010; Pérez-Testor, 2008; Talarn, Sáinz y Rigat, 2013; Tizón y Sforza, 2007). Esto es importante porque las emociones son las herramientas que permiten a las personas conocerse y conocer a los demás (Brazelton y Cramer, 1993; Brazelton y Greenspan, 2005; Cabanyes, 2010; Mora, 2001; Riera, 2011). Es en el seno del grupo familiar donde se pueden expresar con más o menos dificultad esas emociones.

Delage (2010:82) afirma que “contar con apegos estables y seguros en el seno de la familia – apegos que transmitan seguridad – constituye un elemento protector que favorece la ayuda mutua y la mentalización en las situaciones traumáticas. Los apegos más problemáticos, calificados como “inseguros” evidentemente no ofrecen esa protección y, en consecuencia, dificultan el proceso de resiliencia”. La persona afectada por una enfermedad como el cáncer, en general, requerirá un acompañamiento duradero de las personas más allegadas, habitualmente familiares.

Cicero, Lo Coco, Gullo y Lo Verso (2009) señalan que los estilos de apego y la percepción de soporte social son indicadores a la hora de predecir el ajuste de las personas afectadas frente a la enfermedad. Así pues, los lazos afectivos serán determinantes a la hora de hacer frente a la enfermedad y a las inclemencias derivadas de los tratamientos a que puede verse sometida la persona enferma. Así se ha visto en el caso del cáncer infantil, teniendo en cuenta que los cuidadores muestran un comportamiento sensible y receptivo a las demandas expresadas por el paciente infantil, y son capaces de dar una respuesta adecuada. Este apego seguro se caracteriza por señales afectivas claras por parte de los cuidadores primarios; conducta consistente durante todo el proceso de la enfermedad; predominio de la expresión de emociones positivas; sensibilidad frente a las demandas del enfermo infantil, y capacidad para dar una respuesta adecuada a las demandas.

En palabras de García Romero (2011:194): “Podría decir que la práctica del cuidar exige necesariamente un cierto vínculo empático entre el sujeto que cuida y el sujeto cuidado”. Aunque se mantiene un contacto muy estrecho con lo que se denomina el “cuidador o cuidadora principal”, es probable que los restantes miembros del grupo familiar o del círculo más íntimo de la persona enferma, también funcionen como figuras de apego complementarias. De hecho, la interacción positiva entre el cuidador o la cuidadora y la persona enferma estimula la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, tal y como se ha observado en el ámbito de la oncología infantil (García Romero, 2011) y el apoyo emocional satisfactorio facilita calidad de vida en relación con la salud (Castellano-Tejedor, Pérez-Campdepadrós, Capdevila, Sábado-Álvarez y Blasco, 2015). Esto también sucede en el caso de los enfermos adultos de cáncer, donde se ha visto que para mejorar la calidad de vida de los pacientes es conveniente, entre otros elementos necesarios, favorecer las relaciones cercanas puesto que esta proximidad ayuda a reducir el impacto de las contrariedades cotidianas, y a disminuir el temor a ser abandonados por las figuras de apego. Esto a su vez repercutiría en una mayor autonomía de la persona enferma con respecto a la demanda de atención profesional (Alonso, Fontanil y Ezama, 2015) .

Las evidencias de diferentes investigaciones que recoge Hinnen (2016), señalan que en el contexto del cáncer, un menor apoyo social se asocia con un mayor malestar emocional, peor progresión de la enfermedad y mayor mortalidad.

Además del sostén más organizativo, de acompañar durante las visitas y en los diferentes momentos de los tratamientos oncológicos, el rol principal de las familias es, sin duda alguna, el apoyo emocional a las personas enfermas de cáncer. Es una función delicada porque no se da únicamente en una dirección familia-paciente, sino que es un proceso bidireccional, como tantos aspectos de la naturaleza humana. Es decir, que la familia facilita el apoyo emocional en la medida en que el familiar enfermo acepta esta ayuda, y viceversa. No obstante, como grupo, la familia puede desarrollar y poner en práctica un conjunto de funciones que logran facilitar o dificultar el acompañamiento a los miembros de la propia familia, y no solamente al familiar con cáncer. La aparición de cualquier dificultad, como lo es el cáncer, supone un momento de inflexión para la familia, dado que puede llegar a alterar la dinámica cotidiana de cada uno de sus miembros, por un lado, y por el impacto emocional que comporta, por otra parte. Sin embargo, como toda crisis, puede constituir una situación que provoque nuevas formas de organización más efectivas y afectivas, y el reforzamiento de los vínculos entre los diferentes miembros de la familia.

Meltzer y Harris (1989) clasifican las funciones emocionales de la familia en dos grandes bloques, según faciliten o dificulten la expresión, comprensión y modulación del malestar emocional:

- ✓ **Funciones proyectivas:** Serían aquellas funciones que, de forma continuada, dificultan la contención emocional, la comprensión y tolerancia del sufrimiento, y una adecuada expresión del mismo. Estas funciones serían:

- *Infundir odio*: Se ataca a los sentimientos de amor entre los miembros de la familia. Tiene que ver con la incompreensión de unos hacia los otros, reaccionando de manera que se genera odio.
 - *Transmitir desesperación*: Caer en el pesimismo más absoluto, que viene dado por un sentimiento de impotencia, de que no hay nada que hacer frente a las adversidades. Si este sentimiento se mantiene en el tiempo de forma inalterable, acaba envenenando el ambiente familiar, contaminando los vínculos entre los diferentes miembros de la familia.
 - *Desprender ansiedades de carácter persecutorio*: Cuando un miembro de la familia sufre, este sentimiento puede generar ansiedad de manera que ésta se extienda en la misma familia. Cuando esto se da, fácilmente la familia se siente falta de recursos y sin posibilidad de continuar hacia adelante.
 - *Crear confusión*: La existencia de mentiras menosprecia el valor de la verdad y la autenticidad en las relaciones, aunque sea por “una causa justa”.
- ✓ **Funciones introyectivas**: Serían aquellas funciones que favorecen la contención emocional, la comprensión de las dificultades y la adecuada tolerancia del sufrimiento, así como una expresión del mismo que favorezca la comunicación y la comprensión. Estas funciones serían:
- *Generar amor*. El amor proporciona seguridad y favorece la dependencia saludable y necesaria entre los miembros de la familia. El amor y el afecto entre los miembros de la familia permite la identificación con los aspectos constructivos, e impulsa el desarrollo saludable tanto física como emocionalmente.

- *Fomentar la esperanza*: Un ambiente de esperanza permite el deseo y la voluntad de arriesgarse, de desplegar la vitalidad y los recursos y competencias, para poder progresar y madurar. Ese mantenimiento de la esperanza en el seno de la familia puede verse fácilmente alterado por acontecimientos trágicos. Por tanto, resulta necesario que al menos algún miembro del grupo familiar sea capaz de conservar un sentido de esperanza, proporcional al momento que vive la familia.
- *Contener el sufrimiento*: La familia tiene la posibilidad de contener emocionalmente y ayudar a afrontar el sufrimiento, permitiendo que cada uno de los miembros y la familia misma como grupo pueda hacerse cargo de las inevitables frustraciones de la vida, sin negarlas y sin magnificarlas. La familia permite la expresión del malestar sin que eso signifique quedarse anclado en el sufrimiento.
- *Pensar*: Utilizar el pensamiento como una manera de generar acciones que permitan desarrollar y poner en acción los recursos individuales y familiares, de manera que se aproveche el potencial de cada uno. Cuando la familia no puede poner el pensamiento en funcionamiento, pasa a depender de valores y maneras tradicionales, que a veces pueden resultar innecesarios o incluso obstaculizar el afrontamiento de dificultades nuevas e inesperadas.

En el caso concreto del cáncer, el impacto que produzca la enfermedad en el seno familiar se verá influido por múltiples factores, como puede ser el ciclo vital de la familia; la historia familiar de afrontamiento de las dificultades y las pérdidas; la flexibilidad o rigidez de la familia a la hora de adaptarse a las dificultades; las costumbres, valores y creencias que tengan los diferentes miembros del grupo familiar; el nivel socioeconómico de la familia; la capacidad para establecer una comunicación abierta y franca entre los miembros de la familia; el grado de dependencia de la persona enferma, según la afectación de la enfermedad; la red de

apoyo familiar y extra-familiar; y las características personales de cada uno de los miembros de la familia (García Romero, 2011). Como se ha visto, el cáncer no solamente es una enfermedad que afecta a la persona que la padece, sino que también tiene efectos sobre la familia.

La familia puede llegar a oscilar entre sentimientos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. Este proceso es complejo, con cambios inesperados e incontrolados, que demandan a la familia un reajuste. Esta crisis puede vivenciarse como algo catastrófico o como una oportunidad para que la familia surja fortalecida (Baider, 2003). En este sentido, es fundamental que la familia sea capaz de intuir o comprender el pensamiento de cada uno de sus miembros para que se produzca una interacción adecuada. Algunos autores se refieren a este fenómeno como la “teoría de la mente” (Mora, 2007).

De forma sintética se pueden concretar las características de los diferentes estilos de apego que la familia puede desplegar de forma que faciliten o dificulten el inicio y mantenimiento de un proceso de resiliencia:

Tabla 11. Estilos de apego y dinámica familiar

		ESTILOS DE APEGO			
		<i>Seguro</i>	<i>Evitador</i>	<i>Preocupado / Ambivalente</i>	<i>Desorganizado</i>
DINÁMICA FAMILIAR	<i>Comunicación</i>	En la familia se habla de las dificultades	En la familia se habla poco	A veces la familia tiene miedo a separarse	Con frecuencia alguno de los miembros se muestra desesperado
	<i>Expresión de emociones</i>	La expresión de las emociones se permite y facilita	Se dan dificultades en la expresión de las emociones	Hay un sentimiento de poca capacidad de contención	Falla la capacidad de comprender al otro
	<i>Apoyo</i>	Los miembros de la familia cuentan con el apoyo de los demás	Se prima el no depender de los demás	Hay miedo a dañar a los otros	Se desconfía del mundo exterior que se vive como portador de conflictos
	<i>Sentimiento de pertenencia</i>	El sentimiento de familia es algo relevante	Se da un sentimiento de ahogo/agobio	Se dan dificultades a la hora de sentirse apoyados	Hay dificultad para mostrar el afecto
	<i>Confianza</i>	Unos confían en los otros	Se da un sentimiento de no molestar a los demás con los propios problemas	Confiar en los demás es algo difícil	Algunos miembros del grupo familiar se sienten rechazados
	<i>Colaboración</i>	Se colabora en las tareas que hay que realizar	Cada miembro de la familia se ocupa de lo suyo	Las tareas y las funciones de cada uno varían	No se da una organización para llevar a cabo las tareas
	<i>Resolución de problemas</i>	Se trabaja conjuntamente para resolver los conflictos	Se evita hablar de los conflictos como estrategia para resolverlos	Se dan conflictos entre los miembros de la familia como algo habitual	El sentimiento de soledad y aislamiento es algo frecuente

FUENTE. Adaptado a partir de Delage (2010:277).

Finalmente, conviene remarcar las palabras de Talarn, Sáinz y Rigat (2013), que destacan que hablar de los vínculos que no favorecen la contención emocional y el desarrollo emocional de los miembros del grupo familiar no tiene como objetivo culpabilizar a nadie. Al contrario, puesto que esta descripción de lo que no resulta útil favorece la comprensión y el entendimiento, de manera que se generen posibilidades de cambio y mejora del malestar. Al fin y al cabo, el malestar de un miembro del grupo familiar no tiene por qué perjudicar al resto de la familia.

4.10. A MODO DE RESUMEN

La teoría del apego de John Bowlby es una manera de explicar y comprender las relaciones humanas. Su planteamiento central es que los vínculos que una persona ha mantenido con sus figuras de apego durante la infancia pueden condicionar (que no necesariamente determinar) la experiencia de relaciones posteriores de esa persona consigo misma y con los demás. Así, el apego, entendido como una disposición del cualquier ser humano a buscar el contacto y la proximidad de la figura de apego en situaciones de miedo o peligro, se activa bajo circunstancias concretas y tiene como función proporcionar seguridad y contribuir a la supervivencia del individuo.

A pesar de que el estilo de apego que manifiesta una persona muestra una estabilidad en el tiempo, pueden darse variaciones según el ciclo vital del sujeto. Dado que la realidad humana es algo más complejo de lo que puede compartimentarse para su estudio, debe tenerse presente que el apego es algo dinámico y no estático. En el caso de los adultos, se distinguen tres estilos de apego, siguiendo un paralelismo con la clasificación del apego en la infancia; estos estilos de apego en la edad adulta son: seguro, inseguro/evitativo e inseguro/preocupado. Más tarde se ha definido un cuarto estilo, inseguro/desorganizado que no es en realidad un estilo definido.

Se afirma que la existencia de apegos estables y seguros en el seno de la familia es un elemento de protección y favorecedor de ayuda en situaciones traumáticas, facilitando el proceso de resiliencia. Una de esas situaciones traumáticas que pueden ocurrir durante el ciclo vital de una persona es la aparición de una enfermedad. El cáncer es una de esas amenazas que por su naturaleza puede activar comportamientos de apego. Así pues, los lazos afectivos serán, entonces, determinantes a la hora de hacer frente a la enfermedad y a las inclemencias derivadas de los tratamientos a que puede verse sometida la persona enferma.

PARTE EMPÍRICA

La parte empírica de esta tesis doctoral está formada por dos estudios. Uno de carácter cuantitativo y otro de carácter cualitativo. Cada uno de ellos recoge datos que son analizados posteriormente, teniendo en cuenta los criterios de rigor científico.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. OBJETIVOS GENERALES

Como todo trabajo de investigación, esta tesis se plantea una serie de objetivos generales, que son:

1. Conocer las vivencias de las personas con cáncer respecto al proceso de la enfermedad.
2. Analizar el papel del apego entre las personas con cáncer y sus familiares respecto al afrontamiento resiliente.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos generales descritos se concretan en los siguientes objetivos específicos:

- 1.1. Conocer las vivencias de las personas enfermas de cáncer en los diversos momentos de la enfermedad.
- 1.2. Conocer la percepción de crecimiento interior experimentado durante el proceso de la enfermedad.

- 2.1. Conocer las opiniones que las personas afectadas por el cáncer realizan sobre sus experiencias de apego pasadas y presentes.
- 2.2. Establecer el estilo de apego de las personas afectadas por el cáncer.
- 2.3. Analizar la relación entre el apego y la resiliencia en situación de enfermedad crónica.
- 2.4. Analizar el papel del apego intrafamiliar como elemento de apoyo y regulación emocional de las personas afectadas y sus familias.

En la siguiente tabla, se pueden ver los interrogantes que pretende aprehender la investigación, junto con los objetivos generales y específicos.

Tabla 12. Preguntas de investigación, objetivos generales y objetivos específicos

Preguntas de investigación	Objetivos generales	Objetivos específicos
<p>¿Qué vivencias tienen las personas afectadas por el cáncer? ¿Qué pensamientos o ideas les despierta la enfermedad? ¿Qué emociones genera en las personas afectadas? ¿De qué manera las personas afectadas explican su historia en relación con el cáncer? (qué tono emocional, qué identidad adquieren en relación con cáncer)</p>	<p>1. Conocer las vivencias de las personas con cáncer respecto al proceso de la enfermedad</p>	<p>1.1. Conocer las vivencias de las personas enfermas de cáncer en los diversos momentos de la enfermedad.</p>
<p>¿Se pueden producir procesos de crecimiento interior a consecuencia de padecer un cáncer? ¿De qué manera se llega a evidenciar esta transformación? ¿Qué factores internos i externos favorecen este cambio?</p>		<p>1.2. Conocer la percepción de crecimiento interior experimentado durante el proceso de la enfermedad.</p>
<p>¿Es posible identificar las características del apego de las personas adultas afectadas por el cáncer? ¿Qué estilos de apego aparecen con más frecuencia?</p>	<p>2. Analizar el papel del apego entre las personas con cáncer y sus familiares respecto al afrontamiento resiliente.</p>	<p>2.1. Conocer las opiniones que las personas afectadas por el cáncer realizan sobre sus experiencias de apego pasadas y presentes.</p>
<p>¿Cuál es la influencia del apego como factor de resiliencia en personas con cáncer? ¿Qué relación se establece entre los estilos de apego adulto y otros factores de resiliencia?</p>		<p>2.2. Establecer el estilo de apego de las personas afectadas por el cáncer. 2.3. Analizar la relación entre el apego y la resiliencia en situación de enfermedad crónica</p>
<p>¿Qué papel tiene el apego intrafamiliar en el apoyo y la regulación emocional de las personas con cáncer? ¿Qué creencias, ideas, valores y opiniones aportan los familiares a la hora de ayudar a las personas enfermas de cáncer?</p>		<p>2.4. Analizar el papel del apego intrafamiliar como elemento de apoyo y de regulación emocional de las personas afectadas y sus familias.</p>

5.3. HIPÓTESIS

Hipótesis 1:

Los diferentes estilos de apego adulto de la muestra de participantes se distribuyen porcentualmente de forma similar a los datos normativos en población española.

Hipótesis 2:

Las personas con apego seguro tienen puntuaciones totales de resiliencia estadísticamente superiores a las puntuaciones totales de resiliencia de las personas con apegos inseguros.

Hipótesis 3:

Las personas con apego seguro tienen puntuaciones en los factores de resiliencia estadísticamente superiores a las puntuaciones de las personas con apegos inseguros.

Hipótesis 4:

Las personas con apego seguro tienen puntuaciones en los suprafactores de resiliencia estadísticamente superiores a las puntuaciones de las personas con apegos inseguros.

Hipótesis 5:

La seguridad del apego correlaciona significativamente con los factores de resiliencia de las personas afectadas por el cáncer.

Hipótesis 6:

El apego desorganizado correlaciona negativa y significativamente con los factores de resiliencia de las personas afectadas por el cáncer.

“Coincidimos con muchos autores en que la pregunta de investigación es el desencadenante del paradigma de investigación y, por lo tanto, del método y de la metodología que se debe adoptar” (Hernández y Maquillón, 2010:33)

CAPÍTULO 6

6. ENFOQUE METODOLÓGICO

6.1. INTRODUCCIÓN

El estudio de cualquier fenómeno socioeducativo puede hacerse desde diferentes perspectivas epistemológicas. La generación de conocimiento científico, más allá de los aspectos metodológicos, abarca aspectos epistemológicos que han de tenerse en cuenta para no incurrir en errores metodológicos.

Acercarse al estudio del apego y la resiliencia adulta en el contexto de la enfermedad oncológica puede hacerse desde una mirada comprensiva e interpretativa, o bien desde una mirada predictiva y de control. La determinación de los problemas de investigación y los objetivos de la misma, junto con la perspectiva epistemológica a la que se adscriba el investigador, determinará la elección de un tipo u otro de paradigma.

El presente trabajo se enmarca dentro de un estudio mixto, combinando metodología cuantitativa y cualitativa con la finalidad de obtener información relativa

al apego y la resiliencia de las personas que han sufrido la experiencia de la enfermedad oncológica.

6.2. LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Se entiende que investigar constituye un proceso a través del cual se pretende obtener, de forma sistemática y mediante la aplicación del método científico, información que sirva para responder a los interrogantes que la investigación se plantea, resolver problemas o incrementar el nivel de conocimientos y la comprensión de los fenómenos que interesan al ser humano (Hernández y Maquilón, 2010; Sabariego y Bisquerra, 2004). No en vano, la investigación y la utilización del conocimiento ha de dirigirse al bienestar de la humanidad, tal como señala la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1999).

El estudio de un fenómeno se puede abordar desde diferentes marcos epistemológicos y metodológicos. Puede hacerse mediante una orientación explicativa, predictiva y de control, o bien mediante una orientación comprensiva. Cada una de estas formas de acercarse a la realidad persigue objetivos, métodos y técnicas diferenciadas (Latorre, Del Rincón y Arnal, 1996; Sabariego y Bisquerra, 2004). Es la formulación del problema o problemas de investigación y la perspectiva teórica en la que se sitúa el investigador o la investigadora lo que condicionará la elección de un tipo u otro de metodología (Hernández y Maquilón, 2010; Vallés, 1999). Conocer las diferentes opciones metodológicas es necesario para elegir la que mejor se adapte a los objetivos planteados (Rodríguez y Valldeoriola, 2009). Por otra parte, la investigación debe mantener una coherencia entre los distintos niveles en que se estructura, es decir, el marco teórico, los objetivos de la investigación y el diseño metodológico de la misma (Sautu, Boniolo, Dalle y Elbert, 2005).

Al igual que en otros ámbitos de las ciencias humanas y sociales, la historia de la investigación socioeducativa recoge el surgimiento y enfrentamiento de las

perspectivas epistemológicas positivista e interpretativa y, por consiguiente, de las metodológicas cuantitativa y cualitativa, de manera que ha habido defensores y detractores de uno y otro enfoque a la hora de posicionarse frente a un fenómeno a estudiar (Aliaga, 2000; Martínez Rizo, 2002, Sánchez Gómez, 2015). Cada uno de los planteamientos epistemológicos, tiene ventajas e inconvenientes, potencialidades y limitaciones frente a un determinado objeto de estudio. No obstante, la complejidad de los fenómenos sociales y educativos en la sociedad actual demanda una mirada más amplia que la limitada a un tipo u otro de metodología. No se trata de ver qué paradigma es superior, sino de utilizar aquellos recursos que sirvan para conseguir los objetivos que se propone la investigación.

El paradigma positivista resulta interesante de cara a esta investigación sobre apego y resiliencia porque facilita la generación de un conocimiento objetivo, comparable y verificable. En este caso, permite obtener datos cuantitativos susceptibles de verificación y comparación sobre estilos y características del apego y de la resiliencia adulta en el contexto de la enfermedad oncológica. No obstante, y dada la complejidad de los fenómenos humanos, los datos numéricos en sí mismos no permiten captar otros matices, y es por eso que el paradigma interpretativo resulta también interesante en este estudio porque proporciona información del fenómeno del apego y la resiliencia desde la perspectiva individual y subjetiva de las personas participantes. Por tanto, ambos enfoques son útiles y pertinentes a la hora de abordar el estudio del apego y la resiliencia en el contexto del cáncer. Por tanto, teniendo en cuenta esta complementariedad entre una mirada positivista y una mirada interpretativa, el presente trabajo se enmarca dentro de lo que se conoce como un estudio mixto o multimétodo, combinando metodología cuantitativa y cualitativa con la finalidad de obtener información que permita tener una visión más integral de las personas que han experimentado el impacto de la enfermedad, teniendo en cuenta el apego y la resiliencia.

6.3. EL ENFOQUE MULTIMÉTODO

Hace ya algunos años, autores como (Bericat, 1998), señalaban la utilidad de los estudios con metodologías cualitativa y cuantitativa de forma combinada, también conocidos como estudios multimétodo, en la que se combinan dos o más procedimientos para investigar un mismo objeto de estudio. Son un tipo de estudios que proporcionan una mirada mucho más amplia, rica y diversa de los fenómenos humanos, a tenor de su complejidad. Actualmente, los estudios multimétodo son cada vez más frecuentes en investigaciones en diversos ámbitos, especialmente en las ciencias sociales (Pereira, 2011; Sánchez Gómez, 2015). Sin embargo, hasta hace muy poco, esta buena reputación no tenía la misma sintonía en las ciencias de la salud, si bien esta tendencia está cambiando (Abad, 2013; Amezcua y Carricondo, 2000), dado que en la investigación biomédica, por los objetivos persigue, acostumbra a ser una investigación de carácter cuantitativo. Sin embargo, también puede beneficiarse de una aproximación cualitativa. Por tanto, la complementariedad de metodologías permite una mayor comprensión de aquello que se pretende aprehender.

6.3.1. APLICACIÓN DEL ENFOQUE MULTIMÉTODO PARA EL ESTUDIO Y LA COMPRENSIÓN DEL APEGO Y LA RESILIENCIA EN EL CONTEXTO DEL CÁNCER

Autores como Sarrado, Clèries, Ferrer y Kronfly (2004) defienden la conveniencia de incluir a las personas y sus circunstancias a la hora de investigar acerca de la salud. La complejidad de la llamada “sociedad líquida” (Bauman, 2005), con la constatación de que la salud y la enfermedad están determinadas de forma multifactorial, pone en entredicho la utilización exclusiva de la metodología cuantitativa como procedimiento de investigación en las ciencias biomédicas. Como estos mismos autores señalan “la percepción de salud o de enfermedad del paciente no depende únicamente de la capacitación técnica del facultativo o equipo médico-

sanitario, sino también de la red y el estilo de vínculos, los tipos de relaciones interpersonales, la capacidad de escucha, la calidad discursiva, la sensibilidad, la paciencia y la receptividad” (p.240). La complejidad de los fenómenos humanos en general y del cáncer en particular requiere de un planteamiento epistemológico que permita acercarse a esta complejidad superando concepciones parciales. Y la necesidad de recurrir a métodos diversos no es algo reciente, según Hernández y Maquilón (2010). Se señala el cuestionamiento del conocimiento proveniente del positivismo en un intento de explicar la realidad socioeducativa, teniendo en cuenta la complejidad del comportamiento humano (Ruiz, 2008).

Teniendo en cuenta la línea comentada anteriormente, esta investigación sobre el apego como factor de resiliencia se ampara en la utilización conjunta de metodología cuantitativa y cualitativa, es decir, un estudio mixto o multimétodo. Como señala Sánchez Gómez (2015), se trata de apostar por las potencialidades de uno y otro tipo de metodología de forma que converjan en una estrategia metodológica mixta. Los diferentes autores consultados por Vilà (2015) proponen definiciones que destacan la complementariedad de las diferentes metodologías a la hora de estudiar un mismo fenómeno, y como esta utilización conjunta permite una comprensión más completa del objeto de estudio. Asimismo, suscribe su utilidad en estudios multidimensionales, en los que se requieren diferentes formas de medida, o frente a estudios que no encajan en un único diseño.

Por consiguiente, se ha diseñado esta investigación como un estudio mixto o multimétodo para aprovechar, por un lado, las posibilidades de cuantificar las características de resiliencia y de apego de las personas enfermas de cáncer, y estudiar las relaciones estadísticamente significativas entre las diferentes dimensiones y factores evaluados por ambos instrumentos. Por otro lado, se pretende tener un relato acerca de la enfermedad desde la perspectiva subjetiva de las personas participantes, recogiendo las narraciones referidas a las imágenes que despierta el cáncer, los miedos y preocupaciones, las dificultades que suponen las intervenciones biomédicas, el proceso de resiliencia y de las relaciones de apego y vínculos afectivos de las personas con cáncer a partir de un relato biográfico, para

acercar la subjetividad y la comprensión de sus vivencias, desde la perspectiva de los propios participantes.

Lo que se pretende es, en definitiva, tener diferentes miradas de un mismo fenómeno con el objetivo de conocerlo y comprenderlo con más de profundidad, y poder intervenir de forma innovadora en el futuro, contribuyendo al bienestar de las personas con cáncer y sus familias.

"(...) hi ha una impossibilitat de concebre la unitat complexa de l'humà a través del pensament disjuntiu que concep la nostra humanitat aïlladament, fora del cosmos que l'envolta, de la matèria física i de la ment de la qual estem constituïts; tampoc és possible a través del pensament reductiu que redueix la unitat humana a un substrat purament bioanatòmic. Les mateixes ciències humanes estan fragmentades i compartimentades" (Morin, 2000:17)

CAPÍTULO 7

7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. INTRODUCCIÓN

La implementación de una investigación requiere de una adecuada planificación. El estudio de un fenómeno socioeducativo desde una mirada científica no puede dejarse a la improvisación, aunque se requiere un diseño lo suficientemente flexible como para poder afrontar los inevitables imprevistos que puedan surgir en el desarrollo del proceso. Un diseño adecuado a las características de aquello que se pretende analizar y comprender, junto con una planificación detallada de las fases, los pasos y los tiempos de ejecución permite al investigador cumplir sus objetivos y optimizar los recursos de que dispone.

El proceso de la investigación consta de una serie de fases o pasos que hay que seguir de forma ordenada, si bien la linealidad de este proceso puede verse

alterada por circunstancias diversas. Es decir, que los diseños de las investigaciones tienen una secuencia que debe entenderse de forma dinámica para poder adaptarse a las alteraciones o modificaciones que convenga realizar durante el proceso de la investigación. Para Hernández y Maquilón (2010) las fases del proceso de investigación serían: 1) definición del problema de investigación y marco teórico, 2) planificación de la investigación, 3) trabajo de campo y análisis de datos, y 4) elaboración del informe de investigación.

7.2. FASE 1: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, APROXIMACIÓN A LA TEORÍA, Y ESTABLECIMIENTO DE LOS INTERROGANTES Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

7.2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y APROXIMACIÓN A LA TEORÍA

Esta tesis doctoral tiene sus inicios en el itinerario de investigación del máster oficial Intervenciones sociales y educativas, durante el período de 2010 a 2012. Fue el trabajo final de máster de aquella formación, titulado “El proceso de resiliencia en personas con cáncer. Análisis a través de relatos biográficos”, la semilla de esta nueva investigación. De aquel estudio exploratorio inicial surgió la idea de investigar en detalle uno de los elementos destacados habitualmente en el campo de la resiliencia, a saber: la importancia de los vínculos emocionales con los otros.

Por otro lado, esta tesis doctoral es una investigación que se encuentra en un cruce de diferentes disciplinas académicas, teniendo en cuenta la formación universitaria del doctorando en el ámbito de la Educación Social y la Psicología. El interés por el campo de la salud, la enfermedad y el sufrimiento emocional asociado vino facilitado por la notoriedad del cáncer en el ámbito familiar del doctorando, observando diferentes estilos de hacer frente a la enfermedad, y diversas maneras de entender la vida en su conjunto una vez que el cáncer hace su aparición.

En esa encrucijada teórica y experiencial que la resiliencia y el apego emergen como referentes epistemológicos en la comprensión de una faceta tan humana como es la enfermedad física, y concretamente el cáncer.

De esta manera, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos documentales con los términos⁸ “apego adulto”, “enfermedad”, “cáncer”, “resiliencia”, y la combinación entre estos términos, para recoger información procedente de estudios que relacionaran ambos conceptos. Así, se constató en aquel entonces que no había ninguna publicación referenciada que diera cuenta de esta presunta relación, más allá de los manuales teóricos que sí que destacaban el vínculo afectivo como uno de los factores de resiliencia, tal y como es puesto de manifiesto por autores como Cyrulnik, Vanistendael o Grotberg, por nombrar a los más conocidos o habitualmente citados.

Así pues, se procedió a hacer una revisión de los principales referentes teóricos de la resiliencia, por un lado, y sobre el mundo del apego, por otro.

Para el ámbito de la resiliencia, se tuvo la oportunidad de contactar primero por correo electrónico y luego personalmente con Stefan Vanistendael, investigador de la Unidad de Investigación y Desarrollo del *Bureau International Catholique de l'Enfance* (BICE). Se consultó bibliografía de Vanistendael, Cyrulnik, Delage, Grotberg, Kotlarienco y Walsh como referentes principales, y todas aquellas investigaciones sobre resiliencia y cáncer/enfermedad crónica.

En relación con el apego, la Dra. Marta Sadurní, directora del *Laboratori del Vinclle Afectiu* de la Universitat de Girona, orientó al doctorando sobre los principales referentes en el ámbito estatal e internacional. Se consultó bibliografía de Ainsworth, Bowlby, Lafuente, Marrone, Mikulincer, Sadurní, Shaver, Shore y Yárnoz como referentes estatales e internacionales principales, y las investigaciones sobre apego y cáncer/enfermedad crónica.

⁸ La búsqueda se hizo también con los términos en inglés *attachment, cancer, oncology, illness, adult*.

Para la revisión de los programas psicoeducativos en oncología, se realizó una búsqueda sistemática en las principales bases de datos. La búsqueda se ha llevado a cabo cruzando los términos⁹ “intervención educativa”, “intervención apego”, “programa educativo”, “educación emocional”, “cáncer”, “adulto”. Se han recogido algunas publicaciones específicas para el cáncer, y se ha utilizado alguna documentación referida a otras enfermedades crónicas. No se encontraron artículos que dieran cuenta de intervenciones psicoeducativas basadas en la teoría del apego, todo y las publicaciones sobre la influencia del apego en la salud.

Todas estas fuentes primarias de información permitieron elaborar un listado de bibliografía de consulta para ir construyendo el marco teórico. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica actualizada hasta 2016.

7.2.2. INTERROGANTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La resiliencia es un proceso humano que no está exento de complejidad, no solo por lo difícil de su definición conceptual y operativa, sino también por la multifactorialidad del fenómeno en si mismo. Lo mismo ocurre con el apego. Y el cáncer es un acontecimiento que impacta no solamente en la esfera personal, sino que tiene efectos colaterales en otras esferas de la persona afectada. Así pues, encontramos que el objeto de estudio sugiere diversos interrogantes.

El cáncer es una enfermedad que se asocia frecuentemente a un pronóstico de fatalidad y muerte. En este escenario, es fácil preguntarse por las vivencias de las personas afectadas, qué pensamientos despierta la enfermedad, qué emociones genera en las personas, y qué historia hay detrás de cada persona afectada.

Se sabe que la resiliencia implica, por definición, la experiencia en primera persona de una adversidad grave. Se sabe que el cáncer es una situación adversa

⁹ Los términos en inglés han sido “intervention” o “educational intervention”, “educational program”, “attachment” o “adult attachment”, “oncology”, “cancer” y “emotional education”.

considerada grave. Por tanto, es lícito preguntarse si el hecho de pasar por una experiencia de este tipo permite desplegar un proceso resiliente. Teniendo en cuenta, además, que la existencia de vínculos afectivos con personas significativas de nuestro entorno favorece la maduración y el desarrollo psicofísico de las personas y la puesta en marcha de procesos de resiliencia, es lícito preguntarse si la existencia, o la no existencia, de estos vínculos, y en concreto el apego, permite explicar la aparición de procesos resilientes en personas que se han visto afectadas por esta experiencia vital.

Pensando en el apego como variable moduladora de la resiliencia, vale la pena interrogarse acerca de la posibilidad, por un lado, de identificar las características del apego adulto en las personas que se han visto afectadas por el cáncer. Y, por otro lado, saber si es pertinente estudiar la influencia del apego en la resiliencia de las personas que se han visto afectadas por la enfermedad.

Finalmente, la naturaleza relacional del ser humano y de muchos de los fenómenos que le conciernen, como el apego y la resiliencia, lleva a plantearse el papel de la familia a la hora de ayudar a las personas enfermas de cáncer. Es decir, de qué manera el apego dentro de la familia tiene un papel significativo en la regulación emocional y en el soporte afectivo de las personas con cáncer.

7.3. FASE 2: CONTACTOS INSTITUCIONALES, DELIMITACIÓN DE LA MUESTRA Y ESTABLECIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.3.1. CONTACTOS INSTITUCIONALES

Los contactos institucionales llevados a cabo para el acceso a los diferentes escenarios han implicado un proceso laborioso y extenso en el tiempo que ha tenido

complicaciones, algunas de las cuales se han podido ir solventando en mayor o menor grado a lo largo del período de elaboración de la tesis doctoral.

El doctorando mantuvo reuniones con diferentes asociaciones estatales y autonómicas que tienen su foco de atención en las personas afectadas por el cáncer. Diferentes reuniones que implicaron entregar y presentar el proyecto de investigación, y esperar la resolución de la directiva técnica. Algunas de las asociaciones declinaron su participación, argumentando dificultades organizativas para gestionar el volumen de trabajo requerido en la parte empírica de la investigación. Estas entrevistas, presentaciones y alegaciones que duraron meses, aplazaron inesperadamente el inicio del trabajo de campo.

Gracias a la colaboración del Dr. Xavier Mundet, jefe del *Àrea de Docència, Formació i Recerca* del *Institut Català de la Salut*, se contactó con el Dr. Rafael Ibeas, oncólogo del Hospital Municipal de Badalona, y se trasladó a la entidad gestora, *Badalona Serveis Assistencials* (en adelante BSA), la propuesta de investigación. Una vez aceptada la propuesta, se llevaron a cabo los trámites necesarios para iniciar el trabajo de campo. Así, fue necesaria una acreditación de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (véase Anexo I) que diera fe de la no-utilización de fármacos en la investigación. Una vez se consiguió esta acreditación (en febrero de 2015), se procedió a solicitar la validación del proyecto de investigación por parte de un Comité de Ética de Investigación (CEI). Para poder formalizar el convenio de colaboración entre el Hospital y la Universitat de Barcelona, se solicitó la validación del proyecto de investigación al CEI del Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona). Este CEI certificó que el proyecto de investigación cumplía con los requerimientos éticos necesarios para ser aprobado (mayo de 2015). Con todos estos preliminares, se formalizó el convenio de colaboración entre el BSA y la UB (en octubre de 2015). Mientras tanto, el doctorando mantuvo reuniones con Dr. Ibeas para revisar los criterios de inclusión y exclusión de las personas que finalmente iban a poder participar en el estudio, así como cuestiones de tipo más organizativo.

Paralelamente, y dado que el estudio cuantitativo se llevó a cabo también en el ámbito ambulatorio, el Dr. Xavier Mundet facilitó el contacto con el *Centre d'Assistència Primària* El Carmel y el *Equip d'Assistència Primària* Encants, ambos en Barcelona ciudad. En este caso, se pidió la aprobación al CEI Jordi Gol de Barcelona (febrero de 2016). Los profesionales sanitarios de ambos dispositivos consiguieron seleccionar un pequeño grupo de personas que, cumpliendo los requisitos de inclusión y exclusión, aceptaron participar en el estudio. También se contactó con otro recurso sanitario que mostró mucho interés en el proyecto de investigación, aunque por cuestiones de agenda, no pudo finalmente colaborar.

En el tiempo transcurrido desde el momento de iniciar los trámites administrativos, alguna asociación de ámbito local se interesa por el estudio y participa en el estudio cuantitativo en la medida de sus posibilidades. En este contexto participan algunas socias de *L'Olivera Associació d'ajuda mútua i lluita contra el càncer de mama* (Manresa) y de la *Associació Ginesta* (Vilafranca del Penedès). Aunque el *Grup d'Ajuda Mútua* Picam (Badalona) se implicó en la difusión del estudio entre sus socias, finalmente no se pudo llevar a la práctica por cuestión de tiempo.

7.3.2. DELIMITACIÓN DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO

La muestra susceptible de participar en el estudio pertenece a tres grupos poblacionales distintos: un grupo de personas procedentes del Centro de Asistencia Primaria Carmel y del Equipo de Asistencia Primaria Encants (Barcelona), otro grupo de personas procedentes del Hospital Municipal de Badalona (Barcelona), y un tercer grupo de personas procedentes de dos asociaciones de pacientes de cáncer *L'Olivera* y *Ginesta* (de la provincia de Barcelona).

En el caso concreto de esta investigación, el estudio se ha llevado a cabo en personas diagnosticadas fundamentalmente en alguno de estos tres tipos de cáncer: colorrectal, mama y ovario. Para tomar esta decisión se tuvo en cuenta la frecuencia de estos tipos de cáncer, por un lado, y por la cantidad de las personas afectadas en los tres dispositivos de salud, por otro, lo cual hacía preveer una gran muestra potencial. Por lo que respecta a las asociaciones de pacientes, éstas fueron las que se mostraron disponibles para llevar a cabo el estudio de campo.

Por otra parte, no se ha considerado el ámbito territorial como un criterio de selección de los dispositivos que participaron en el estudio, a tenor de las cifras más recientes acerca de la incidencia y prevalencia del cáncer en Catalunya consultadas en el momento de la elaboración de esta investigación, datos procedentes de informes de 2013, y datos publicados en la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) corresponden al año 2015 (Departament de Salut, 2016). De estos informes no se desprende que exista una relación geográfica en la incidencia del cáncer.

La selección de la muestra del estudio cuantitativo se llevó a cabo mediante muestreo no-probabilístico causal, es decir, que la selección de los individuos se hizo en función de la disponibilidad para acceder a ellos, teniendo en cuenta los tres recursos a los que se tuvo finalmente acceso.

Por lo que respecta al estudio cualitativo, en la literatura científica, el número de entrevistados es un aspecto controvertido, y se dan referencias entre cinco y treinta relatos como mínimo, según el estudio consultado y el tipo de método cualitativo que se haya utilizado (Bertaux, 1999; Guest, Bunce y Johnson, 2006; Medrano, Cortés y Aierbe, 2004; Valdebenito, Loizo y García, 2009). Aunque hay autores y autoras que concretan más, lo que determina el número de participantes necesarios para una investigación de carácter cualitativo es lo que se conoce como saturación teórica, es decir, que de los relatos recogidos no surjan más datos, o bien que la información que las personas proporcionen sea repetitiva (Cornejo, Mendoza

y Rojas, 2008; Valdebenito, Loizo y García, 2009). Es un punto conflictivo en este tipo de metodología, ya que el investigador no tiene la certeza de esta saturación y ha de guiarse por su pericia.

El grupo de personas participantes en este estudio cualitativo pertenece a un subgrupo seleccionado de forma intencionada del conjunto de personas participantes enfermas de cáncer. Todas ellas fueron entrevistadas por el investigador, y se seleccionaron mediante un muestreo no-probabilístico intencional, siguiendo los criterios de selección que se detallan en el siguiente apartado.

7.3.3. ESTABLECIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Para la selección de las personas participantes en la investigación, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión. Este filtrado se hizo teniendo en cuenta que se han realizado estudios con población infantil o bien con familiares de pacientes, por ejemplo. Por tanto, se hizo necesario delimitar las personas que finalmente pudieron participar para que el estudio fuera original.

Teniendo en cuenta el carácter multimétodo de esta investigación, se ha creído conveniente desglosar los criterios de selección, según la persona participe en el estudio cuantitativo solamente, o bien en el estudio cualitativo.

7.3.3.1. Criterios de selección de los participantes del estudio cuantitativo

Las personas enfermas de cáncer participantes en el estudio cuantitativo se seleccionaron en base a los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

- 1) persona mayor de edad, entre 18 años y 80 años;
- 2) diagnosticada de una enfermedad oncológica;
- 3) en situación de intervalo libre de enfermedad¹⁰ (ILT) (abarcando el tiempo entre un año y diez años posteriores al último tratamiento),
- 4) con suficiente tiempo libre como para participar de las diferentes fases de la investigación;
- 5) que firme los documentos de consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

- 1) presencia de trastorno mental grave previo a la aparición de la enfermedad oncológica.
- 2) estar en fase activa de tratamiento, entendiendo por fase activa de tratamiento la quimioterapia y la radioterapia (el tratamiento de hormonoterapia adyuvante o complementario¹¹ en pacientes con cáncer de mama no es un criterio de exclusión).

En la muestra procedente del hospital, hay algunos pacientes que superan los diez años de intervalo libre de enfermedad pero con todo, a criterio del profesional

¹⁰ Período de tiempo desde que se ha llevado a cabo el tratamiento radical hasta la fecha de reaparición del cáncer o recidiva; el ILT también se denomina supervivencia (FECO, 2012). Este intervalo aproximado de tiempo se ha seleccionado teniendo en cuenta que el tiempo posterior al del diagnóstico junto a los diversos tratamientos posibles ocupan buena parte del primer año. Y porque la supervivencia a los cinco años es cada vez mayor, situándose como promedio en el 66% para todos los cánceres (Germà, 2009).

¹¹ Acompaña al tratamiento administrado previamente y que es considerado como la intervención principal (como la cirugía); la finalidad de la intervención adyuvante es reducir la probabilidad de recidiva (AECC, 2007). Este tratamiento en el cáncer de mama se aplica a personas libres de enfermedad para evitar recaídas, y no implica actividad del cáncer. Por eso no es un criterio de exclusión (Ibeas, 2015, comunicación personal).

oncólogo, se continúa el seguimiento más allá del alta habitual de los 10 años. Esto puede suceder en los casos en que el paciente ha sido diagnosticado a una edad temprana, o bien tiene especiales factores de riesgo por la propia enfermedad (por ejemplo, muchos ganglios afectados), o por algún aspecto de carácter psicológico especialmente relevante.

7.3.3.2. Criterios de selección de los participantes del estudio cualitativo

Las personas enfermas de cáncer participantes en el estudio cualitativo se seleccionaron del conjunto de personas que habían participado previamente en la primera parte del estudio. Para formar parte de la selección de personas enfermas de la segunda fase del estudio, debían cumplirse los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
 - 1) persona que haya participado en el estudio cuantitativo;
 - 2) que puntúe en apego seguro y haya obtenido puntuaciones elevadas en resiliencia; o que puntúe en apego inseguro (preocupado y evitativo) y haya obtenido bajas puntuaciones en resiliencia;
 - 3) con suficiente tiempo libre como para participar en una entrevista en profundidad;
 - 4) con motivación suficiente para compartir su vivencia de la enfermedad y expresarse libremente; y
 - 5) que firme los documentos de consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:
 - 1) Persona que rehúse participar.

7.4. FASE 3: ESTUDIO CUANTITATIVO

Es un estudio descriptivo porque tiene como finalidad cuantificar y describir los fenómenos objeto de estudio (Ato, López y Benavente, 2011), en este caso, los estilos de apego adulto y las características de resiliencia de personas que se han visto afectadas por el cáncer. Es un estudio transversal porque se evalúa a las personas participantes en un punto del tiempo, es decir, en el intervalo libre de enfermedad. Y es un estudio correlacional que se interesa por descubrir o clarificar las correlaciones entre variables, si bien no busca establecer relaciones causales (Torrado, 2003), pero sí ver de qué manera las variables apego y resiliencia se afectan.

Por otra parte, se opta por un diseño no-experimental o *ex post facto* (“después de hecho”), puesto que el fenómeno de estudio, el apego de las personas con cáncer, ya está dado y no hay manipulación deliberada de las variables independientes. Se estudia el fenómeno una vez ha pasado (Briones, 2002; Montero y León, 2002; Rodríguez y Valldeoriola, 2009). Este método *ex post facto* tiene, de cara a esta investigación, una serie de puntos fuertes y puntos débiles, tal como se señala a continuación:

Tabla 13. Fortalezas y debilidades del método no-experimental

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Permite establecer relaciones causales cuando no se pretende realizar estudio experimentalmente. • Puede ser una herramienta exploratoria debido al establecimiento de relaciones con la naturaleza del fenómeno. • Al llevarse a cabo en contextos naturales, presenta mayor validez externa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control de la variable independiente. • No se puede saber con certeza si la causalidad es cierta, ya que no se establece una relación causa-efecto. • Es considerado como un método demasiado flexible y carece de capacidad de confirmación.

FUENTE. Adaptado de Torrado (2003:121)

En esta investigación se planteó inicialmente la posibilidad de explorar el binomio apego-resiliencia en personas que estuvieran recién diagnosticadas, y por tanto, en tratamiento, y compararlas con personas en intervalo libre de enfermedad. Sin embargo, se obvió esta opción teniendo en cuenta la situación de impacto emocional que representa el diagnóstico y las complicaciones derivadas de las intervenciones biomédicas. Se descartó, así, el presentar el estudio a las personas afectadas por el cáncer en las primeras fases de la enfermedad, aduciendo criterios éticos (*primum non nocere*). Por tanto, se descartó un estudio de corte experimental.

El hecho de que sea una investigación que explora el apego y su participación en la resiliencia de las personas en situación de enfermedad oncológica una vez se ha producido el fenómeno de la enfermedad, sin que se tengan datos de otras investigaciones similares, sitúan el método no-experimental como herramienta exploratoria en este estudio. No obstante, el hecho de no poder establecer relaciones de causa-efecto hacen que solo pueda corroborarse la existencia de correlaciones directas o indirectas, sin que se pueda asegurar si una variable influye a la otra, o al revés. Sin embargo, el hecho de contar con suficiente fundamentación teórica, por un lado, y con evidencias de la importancia del apego en las relaciones con uno mismo y con los otros, hacen de este estudio una fuente más de datos que permite aportar evidencias respecto de la relación del apego y la resiliencia.

7.4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Se llevó a cabo un protocolo para recoger los datos, siguiendo los requerimientos éticos necesarios para asegurar la confidencialidad de las personas encuestadas y entrevistadas. Para la cumplimentación del cuestionario de apego y de la escala de resiliencia, los médicos de los centros de asistencia primaria contactaron con algunos de sus pacientes que cumplían los criterios y que aceptaron participar. En el caso del Hospital, la visita de seguimiento de las personas afectadas con el oncólogo facilitó sobradamente que aceptasen participar, reduciéndose de

forma notable el número de personas que rehusaban contestar o que simplemente no llegaron a entregar los cuestionarios (los pacientes se llevaban los cuestionarios a casa para cumplimentarlos y los entregaban a la mayor brevedad posible). En el caso de las asociaciones de afectadas, la dirección de la asociación se encargó de entregar y recoger los cuestionarios, y remitirlos posteriormente al investigador sin que aparecieran datos identificativos de las socias.

7.4.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

A continuación, se presentan de forma resumida los instrumentos de recogida de información utilizados y las personas participantes en los mismos.

Tabla 14. Instrumentos de recogida de información y personas participantes

Instrumento de recogida de información	Persona/s participantes	Objetivos
Cuestionario de apego adulto, versión reducida CaMir-R Escala de resiliencia SV-RES	Pacientes hospitalarios, ambulatorios y de las asociaciones	Establecer el estilo de apego de las personas afectadas por el cáncer Establecer el “perfil” de resiliencia de las personas afectadas por el cáncer Analizar la relación entre el apego y la resiliencia en situación de enfermedad crónica
Entrevista en profundidad	Selección de pacientes hospitalarios (Hospital Municipal de Badalona), de pacientes ambulatorios (Centro de Asistencia Primaria) y de las asociaciones	Conocer las vivencias de las personas enfermas de cáncer en los diversos momentos de la enfermedad Conocer la percepción de crecimiento interior experimentado durante el proceso de la enfermedad

Instrumento de recogida de la información	Persona/s participantes	Objetivos
Entrevista en profundidad	Selección de pacientes hospitalarios (Hospital Municipal de Badalona), de pacientes ambulatorios (Centro de Asistencia Primaria) y de las asociaciones	<p>Conocer las opiniones que las personas afectadas por el cáncer realizan sobre sus experiencias de apego pasadas y presentes</p> <p>Analizar la relación entre el apego y la resiliencia en situación de enfermedad crónica</p> <p>Analizar el papel del apego intrafamiliar como elemento de apoyo y de regulación emocional de las personas afectadas y sus familias</p>

7.4.2.1. Datos sociodemográficos y de salud

A la hora de recoger información sociodemográfica y datos sobre la salud de las personas que participaban en el estudio, se elaboró un instrumento (ver Anexo V) en el que se recogieron las variables: edad, el sexo y el estado civil, así como el número de hijos, la nacionalidad y el país de procedencia, profesión y estudios. Estas variables permiten tener una descripción de las personas que constituyeron la muestra cuantitativa y el grupo de participantes en el estudio cualitativo.

También se recogió información relacionada con la enfermedad: el año del diagnóstico y el tipo de tumor, los tratamientos que la persona había recibido (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia), y si estaba actualmente en tratamiento (la hormonoterapia como tratamiento complementario, que no implica la existencia de actividad tumoral).

7.4.2.2. Evaluación del Apego adulto

Para Mikulincer y Shaver (2007) la medida de los diferentes estilos de apego se atribuye a Mary Ainsworth gracias a su investigación de corte observacional sobre el apego madre-hijo en Uganda. Posteriormente Ainsworth elaboró el experimento de la “Situación extraña”, conocido como experimento Baltimore, donde en el contexto de laboratorio examinaba las reacciones de los niños pequeños en diferentes situaciones. Más tarde, otros investigadores crearon diversos instrumentos para evaluar el apego infantil, y se ha ido más allá, elaborándose diferentes técnicas para evaluar el apego adulto. En opinión de Martínez y Santelices (2005), se ha incrementado el interés por estudiar el apego adulto, tanto desde una perspectiva teórica como de carácter aplicado, dado que el apego no es una característica exclusiva del niño, como se ha visto en páginas anteriores, sino que también se observa durante todas las etapas del ciclo vital.

Evaluar los estilos de apego puede ser de utilidad tanto en la investigación como en la práctica, y uno de los instrumentos disponibles para evaluar el apego en adultos es el CaMir (Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch y Halfon, 1996). Este cuestionario, en su versión extensa, se administra a través de unas fichas que reproducen un total de 72 preguntas. Su administración es individual y se lleva a cabo en dos partes, una primera en la que se agrupan las fichas en cinco categorías de mayor o menor acuerdo con el enunciado de cada pregunta. Una vez completada esta primera parte, se anotan las respuestas de la persona participante, y se procede a agrupar nuevamente las fichas, esta vez forzando a que el sujeto las agrupe en tres categorías en función del grado de acuerdo o desacuerdo.

Sin embargo, existe una versión reducida del CaMir (en adelante CaMir-R) en lengua castellana (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011; Lacasa y Muela, 2014), que es la que se utiliza en esta investigación. El CaMir-R se fundamenta en las valoraciones que la persona realiza sobre sus experiencias de apego pasadas, presentes y sobre el funcionamiento familiar. Los 32 ítems de este

cuestionario permiten obtener las puntuaciones en diversos factores de apego que expresan diferentes características de las representaciones y estimar tres estilos o perfiles organizados de apego (seguro, inseguro-evitativo e inseguro-preocupado). La versión reducida tiene un formato de respuesta sencillo que permite su aplicación incluso de forma colectiva, con una duración máxima de 20 minutos.

Estos factores de apego serían:

- *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego:* Una puntuación elevada indica que la persona tiene la percepción de sentirse querido, tanto en el pasado como en el presente, por las figuras de apego, tener la posibilidad de confiar en ellas y saber que están disponibles cuando sea necesario. Las representaciones mentales de sus figuras de apego, por tanto, incluyen la percepción de que éstas han sido sensibles a las necesidades de apego y han respondido cuando se ha necesitado consuelo y protección. Por tanto, la persona se siente querida y merecedora de ese cariño.
- *Preocupación familiar:* Una puntuación elevada hace referencia a la percepción de una intensa ansiedad de separación de los seres queridos y una preocupación excesiva por las figuras de apego. La persona siente un malestar agudo cuando se separa de los seres queridos, o bien cuando éstos no están presentes físicamente, dado que teme que ocurra algo grave a él mismo o a las figuras de apego. En consecuencia, la persona pone en marcha estrategias para mantener la proximidad de las figuras de apego en todo momento.
- *Interferencia de los padres:* Una puntuación elevada sugiere que la persona tiene la representación de haber tenido unos padres sobreprotectores, controladores y asfixiantes, y de haber sido miedoso y preocupado por ser abandonado. Las representaciones mentales de sí mismo y de sus figuras de apego son negativas y ambivalentes. La persona está resentida con sus padres, y los responsabiliza de sus

dificultades para la autonomía personal. Mediante la pasividad y el sometimiento, se asegura la proximidad y disponibilidad de sus figuras de apego.

- *Valor de la autoridad de los padres:* Hace referencia a la valoración positiva que la persona hace respecto al sistema de valores familiares relacionados con la jerarquía y la autoridad. El reconocimiento de la autoridad de los padres y el respeto a ello es algo característico de las personas con apego seguro. La negación de la autoridad de los padres es característico del apego evitativo. Y el reconocimiento de la autoridad de los padres pero con muestras de resentimiento es propio del apego preocupado.
- *Permisividad parental:* Una puntuación elevada tiene que ver con el recuerdo de haber sufrido la falta de límites y la guía de los padres o las figuras parentales. Cuando se da un apego seguro, la persona tiene una vivencia de haber sido guiado ante las dificultades y haber tenido límites claros sobre los impulsos y deseos.
- *Autosuficiencia y rencor contra los padres:* Una puntuación elevada indica el rechazo de la persona hacia sus sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos. Las representaciones mentales denotan el esfuerzo que la persona realiza por desactivar el sistema de apego, lo cual se hace mediante dos estrategias: 1) negar la necesidad de apego y dependencia, 2) enfatizar las propias capacidades para afrontar las dificultades, lo cual lleva a una autovaloración que tiene como objetivo alejarse de las figuras de apego.
- *Traumatismo infantil:* Una puntuación elevada hace referencia al recuerdo de falta de disponibilidad, de violencia y amenazas durante la infancia por parte de las figuras de apego.

Además de estos factores relacionados con el apego, el CaMir-R permite estimar los estilos de apego descritos en el marco teórico: seguro, evitativo y preocupado. Así, el factor *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* se relaciona con el estilo de apego seguro. Los factores *Preocupación familiar e Interferencia de los padres* se refieren a diferentes aspectos del estilo de apego preocupado (el primero se relaciona con las dificultades de separación de las figuras de apego y el segundo hace referencia a la ambivalencia respecto a estas mismas figuras). El factor *Autosuficiencia y rencor contra los padres* se asocia con el estilo de apego evitativo. El factor *Traumatismo infantil* es compatible con el estilo de apego inseguro pero también con el estilo de apego desorganizado.

El CaMir-R se ha considerado un instrumento adecuado para la evaluación del apego tanto en adolescentes como en adultos, dado que cuenta con buenas propiedades psicométricas (Lacasa y Muela, 2014, Lacasa, 2015, comunicación personal). Exceptuando el factor de “Permisividad parental”, los resultados sugieren que el CaMir-R permite evaluar las representaciones de apego (seguro, evitativo y preocupado) y la concepción acerca del funcionamiento familiar de forma válida y fiable (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). El coeficiente alfa de Cronbach¹² calculado a partir de los datos recogidos de la muestra de personas con cáncer de esta investigación arroja resultados de 0,758 para el cuestionario (ver Anexo X). Los resultados de fiabilidad de este instrumento son similares a los obtenidos por Lacasa y Muela (2014).

Dada la facilidad de aplicación del cuestionario y buenas propiedades psicométricas, el CaMir-R se ha utilizado en contextos clínicos y no-clínicos. Existen diferentes investigaciones que han utilizado este instrumento abreviado para evaluar el apego. Así, por ejemplo, el CaMir-R ha sido utilizado por Gómez Talavera (2012) para evaluar el apego en un grupo de 392 estudiantes universitarios mexicanos, hombres y mujeres, entre los 17 y los 22 años de edad. Balluerka, Muela, Amiano y

¹² El alfa de Cronbach se utiliza como estadístico para evaluar la fiabilidad de un test. Cortina (1993) considera que el valor de alfa de Cronbach de una escala depende del número de ítems, y que con más ítems es posible obtener coeficientes más elevados en esta puntuación.

Caldentey (2014) también utilizan el CaMir-R para estudiar la influencia de la terapia asistida con animales sobre las representaciones de apego en un grupo de 46 adolescentes vascos que están en acogimiento residencial. Gómez-Ortiz, Del Rey, Romera y Ortega-Ruiz (2015) lo han utilizado para evaluar, entre otros, los estilos de apego en una muestra de 626 estudiantes españoles de Educación Secundaria. Finalmente señalar que Sainz, Estévez y Iriarte (2015) también han utilizado el cuestionario para valorar el apego en relación con la dependencia emocional en una muestra de 100 adultos jóvenes vascos.

7.4.2.3. Evaluación de la Resiliencia adulta

Si se tiene en cuenta que la resiliencia es un término de difícil delimitación conceptual y que no hay un consenso suficiente, su evaluación o su cuantificación puede resultar un aspecto problemático (Cabanyes, 2009; Monroy y Palacios, 2011; Ospina, 2007; Windle, 2010). No obstante, se han llevado a cabo numerosos intentos de medir o cuantificar la resiliencia; unos hacen más énfasis en las características de afrontamiento resiliente, o bien en los aspectos psicosociales de la resiliencia, o en los rasgos de personalidad vinculados a la resiliencia. Sea como fuere, en el marco de esta tesis doctoral se defiende la idea de la construcción relacional de la resiliencia.

Al igual que ocurre con los instrumentos para medir el apego adulto, también existen diversas técnicas para evaluar la resiliencia, lo cual puede dificultar la elección de la escala o cuestionario. Como señala Artuch-Garde (2014:136) “resulta complejo seleccionar el instrumento que se adapte perfectamente a las características de la muestra y a los objetivos de la investigación”. No obstante, entre los diferentes instrumentos disponibles se encuentra la escala de resiliencia SV-RES de Saavedra y Villalta (2008). Si bien es una escala que ha sido desarrollada inicialmente en el contexto latinoamericano, sus aceptables propiedades de fiabilidad y validez, la hacen igualmente interesante, y ha sido utilizada con población española por Artuch-Garde (2014) y Massot, Del Campo,

Sandin y Sánchez, (2013). Además, la SV-RES se fundamenta en un modelo de resiliencia consolidado como es el modelo de Grotberg, y explora diferentes dimensiones de la resiliencia. Esta fundamentación teórica junto con las propiedades psicométricas de la escala y la facilidad para disponer del instrumento, fueron los criterios de elección.

La SV-RES es una escala de administración individual o colectiva. Cada ítem puede puntuarse entre “Muy de acuerdo” y “Muy en desacuerdo”. La puntuación máxima es de 300 puntos y la mínima de 60. Los índices de validez a través del coeficiente Pearson $r=0,76$ y fiabilidad a través del alfa de Cronbach es de 0,96 (Saavedra y Villalta, 2008). El coeficiente alfa de Cronbach, con los datos de la muestra de personas con cáncer de esta investigación, arroja resultados de 0,967 (ver Anexo X). Los resultados de esta investigación, pues, son similares a los obtenidos por los autores de la escala.

Basándose en esta propuesta teórica de Grotberg, los autores elaboran la SV-RES, una escala que en su versión definitiva consta de 60 ítems que se agrupan en 12 factores específicos de resiliencia, tal y como muestra la siguiente figura:

Niveles de estructuración de la conciencia (Saavedra, 2003)				
Competencias Interaccionales de Grotberg (1995)	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Yo soy, yo estoy	F1: Identidad.	F2: Autonomía	F3: Satisfacción	F4: Pragmatismo
Yo tengo	F5: Vínculos	F6: Redes	F7: Modelos	F8: Metas
Yo puedo	F9: Afectividad	F10: Autoeficacia	F11: Aprendizaje	F12: Generatividad

Figura 10. Factores de resiliencia en la escala SV-RES. FUENTE: Saavedra y Villalta, 2008a:31)

Estos factores de resiliencia tienen que ver con (Saavedra y Vilalta, 2008a; Saavedra y Varas, 2013):

- ✓ F1 - *Identidad*: Tiene que ver con la definición que la persona hace de sí misma, es relativamente estable en el tiempo.
- ✓ F2 - *Autonomía*: Tiene que ver con el sentimiento de competencia que la persona tiene frente a los problemas, la independencia a la hora de actuar y la capacidad de control interno.
- ✓ F3 - *Satisfacción*: Tiene que ver con la percepción de logro, la adaptación efectiva a las condiciones externas, y la percepción de desarrollo personal de la persona.
- ✓ F4 - *Pragmatismo*: Tiene que ver con el sentido práctico para evaluar y hacer frente a los problemas, y la orientación hacia la acción.
- ✓ F5 - *Vínculos*: Tiene que ver con las relaciones de vínculo, el apego, y las creencias en relación con esos vínculos y relaciones.
- ✓ F6 - *Redes*: Tiene que ver con las condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo cercano y disponible para la persona.
- ✓ F7 - *Modelos*: Tiene que ver con el acceso a personas y situaciones que sirven de referente a la persona para hacer frente a sus dificultades.
- ✓ F8 - *Metas*: Tiene que ver con objetivos definidos y acciones encaminadas hacia un fin, una manera de hacer proyectos hacia el futuro.
- ✓ F9 - *Afectividad*: Tiene que ver con la valoración de la vida emocional de la persona, de cómo valora lo que tiene que ver con las emociones y sentimientos.
- ✓ F10 - *Autoeficacia*: Tiene que ver con la capacidad para poner límites, contener los impulsos, y hacerse responsable de las acciones.

- ✓ F11 - *Aprendizaje*: Tiene que ver con la capacidad para aprender y aprovechar la experiencia personal, para aprender de los errores, y valorar y corregir las acciones y comportamientos.
- ✓ F12 - *Generatividad*: Tiene que ver con la capacidad para elaborar nuevas respuestas alternativas frente a los problemas.

Por otra parte, Saavedra hace una agrupación de estos doce factores en cuatro suprafactores que son: Condiciones de base, Visión de si mismo, Visión del problema y Respuesta resiliente (Saavedra y Villalta, 2008).

Para la utilización de la SV-RES, se solicitó autorización al Dr. Saavedra por correo electrónico, y se llevó a cabo una revisión del redactado de la escala original, para asegurar que el español utilizado no tuviera alguna variante inusual en la lengua castellana. Para ello se contó con la colaboración de diversos jueces independientes, especialistas en instrumentos de recogida de información de carácter cuantitativo. Finalmente se propuso una modificación del redactado original de los ítems 39, 50 y 58

Tabla 15. Modificación del redactado en algunos ítems de la SV-RES

Ítem	Texto original	Texto adaptado
39	Yo tengo proyectos a futuro	Yo tengo proyectos de futuro
50	Yo puedo responsabilizarme por lo que hago	Yo puedo responsabilizarme de lo que hago
58	Yo puedo esforzarme por lograr mis objetivos.	Yo puedo esforzarme para lograr mis objetivos.

FUENTE. Elaboración propia.

La escala SV-RES se ha utilizado con población clínica y con población no-clínica. Así por ejemplo, Saavedra y Villalta (2008b) evalúan las características resilientes de jóvenes y adultos, en una muestra no-clínica de personas entre los 15 y los 65 años de edad. Por otra parte, Saavedra y Varas (2013) estudian las

características resilientes y la calidad de vida en personas adultas mayores. En muestras clínicas, Saavedra, Castro e Inostroza (2012) miden la resiliencia en personas diagnosticadas con depresión y las comparan con personas sin diagnóstico de depresión.

7.4.3. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 22), creándose una base de datos en la que se fue introduciendo la información procedente de los datos sociodemográficos, las puntuaciones de la escala SV-RES y el cuestionario CaMir-R. Para el análisis de los datos se creó, también, un fichero de sintaxis donde se fueron concretando los diferentes análisis de datos a llevar a cabo (lo cual permitió al investigador pulir algunos errores y comprobar resultados preliminares antes de llevar a cabo el análisis definitivo de los datos).

Los datos numéricos procedentes del cuestionario de apego CaMir-R se obtienen de la corrección del cuestionario y posterior obtención de las puntuaciones de las diferentes dimensiones, por un lado, y de la estimación de los estilos de apego, por otra, a partir de la propuesta de corrección de Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011) y Lacasa y Muela (2014). Por otra parte, los datos numéricos procedentes de la escala SV-RES se obtienen de la corrección y obtención de los diferentes factores de resiliencia, por un lado, y de la puntuación global, por otra, a partir de la propuesta de corrección de Saavedra y Vilalta (2008a).

Se han llevado a cabo un análisis descriptivo para cada una de las variables sociodemográficas y de salud, así como para las dimensiones y estilos de apego del CaMir-R, por un lado, y de los factores y suprafactores de resiliencia de la SV-RES. También se han llevado a cabo cálculos relativos a la normalidad de los datos, y estudios sobre correlación y comparación de grupos.

7.5. FASE 4: ESTUDIO CUALITATIVO

Esta investigación sobre apego y resiliencia se hace de forma cualitativa, porque busca la comprensión del fenómeno del apego como factor de resiliencia desde la perspectiva de los participantes, es decir, de las personas con una enfermedad oncológica. Detrás de cada persona con cáncer hay una historia de dificultad, de lucha y de sufrimiento que no se expresa en su complejidad detrás de un dato numérico. Por tanto, es el hecho de acercarse a los participantes, de interesarse por su singularidad y subjetividad, de buscar una comprensión más global y no hipotecada a un resultado cuantitativo lo que determina la elección de esta metodología en esta investigación. Además, como señala Sandín (2003), plantearse comprender en profundidad un fenómeno puede llegar a ser el inicio de una transformación, a partir de las necesidades expresadas y vividas por las personas participantes.

Ungar (2003) señala que las investigaciones de carácter cualitativo se pueden utilizar de forma rigurosa en el estudio de la resiliencia, además de representar una forma complementaria a la investigación cuantitativa. De hecho, Vanistendael (2012, comunicación personal) se muestra partidario de la utilización de la metodología cualitativa como forma de enfocar el estudio de la resiliencia, argumentando la necesidad de tener una actitud de prudencia frente a la tendencia a la cuantificación en el área de las ciencias humanas. La metodología cualitativa favorece esta atención a los aspectos éticos de la investigación en ciencias humanas. Sobre este punto se dará una descripción más extensa del procedimiento que se ha tenido en cuenta en la parte empírica de esta investigación.

La investigación biomédica acostumbra a ser, por los objetivos que persigue, una investigación de carácter cuantitativo. Sin embargo, también puede beneficiarse de una aproximación cualitativa, por cuanto la complementariedad de metodologías permite un mayor conocimiento del fenómeno de estudio, por un lado, y por la necesidad de incorporar las opiniones de las personas afectadas, por otro (Abad,

2013). Como se ha visto, se hace cada vez más evidente y necesaria la participación activa de las personas con enfermedades crónicas como el cáncer en el proceso de superación y supervivencia de la enfermedad. Así Hugues (2010) realiza una revisión sistemática de investigaciones de carácter cualitativo con personas adultas con cáncer, señalando que la experiencia de vivir con el cáncer se caracteriza por la ambigüedad, por cuanto existen fuentes de sufrimiento que proceden de la enfermedad, los tratamientos y la comorbilidad de la enfermedad, por un lado. Pero, por otra parte, señala que las personas adultas tienen acceso a fuentes de confort, fortaleza, y tanto recursos internos como externos para mitigar los peores efectos del sufrimiento.

En relación con los métodos, la tipología de métodos cualitativos es diversa: la teoría fundamentada, la fenomenología, los estudios narrativo-biográficos, la etnografía, la etnometodología y la investigación-acción (Sabariego, Massot y Dorio, 2004).

Por lo que respecta a esta tesis doctoral, se utilizará el método biográfico o narrativo-biográfico, que centra su interés en los aspectos de la experiencia subjetiva de los participantes, con la finalidad de conocer los significados que los participantes otorgan a los hechos, junto con las motivaciones, sentimientos y deseos. Este método fue utilizado anteriormente por el investigador en un estudio exploratorio sobre resiliencia con personas adultas enfermas de cáncer (Rodríguez y Molina, 2013). Según Cornejo (2006) el interés de este método recae en el hecho de que supera los enfoques puramente psicológicos o sociológicos en el campo de las ciencias humanas, ya que promueve la interdisciplinariedad con influencias diversas: antropología, sociología, historia, educación, etc. En opinión de López-Barajas (2006), el método biográfico estudia con detenimiento los momentos de crisis o momentos clave de las personas, etapas decisivas en las que puede afianzarse la personalidad de los participantes, y considera que recoger la historia de vida de una persona puede ser la mejor técnica para investigar la importancia de los procesos psicosociales.

En esta tipología narrativo-biográfica¹³, se puede encontrar la autobiografía, la biografía, el relato de vida, la historia de vida y la historia oral. Esta investigación se concreta en el relato de vida o relato biográfico¹⁴ (*life stories*), que corresponde a la historia¹⁵ que la persona participante explica acerca de su vida o de unos hechos de su vida, y que permite captar la singularidad de su experiencia vital acerca de su vida o de unos hechos de su vida (Desmarais, 2009; Pujadas, 1992; Sabariego, Massot y Dorio, 2004). Como señalan Espinàs (2010), y Medrano, Cortés y Ayerbe (2004), se entiende que narrar la propia experiencia favorece la comunicación con uno mismo y con los demás, y proporciona sentido a la propia vida.

En el ámbito de las enfermedades crónicas como el cáncer, se recogen estudios que utilizan este tipo de métodos a la hora de acercarse a la comprensión del fenómeno de estudio. Lafaurie, Caviedes, Cortés, Guzmán, Hernández y Rubio (2007) realizan un estudio cualitativo mediante narrativas lúdicas en un pequeño grupo de niños con leucemia.

Hugues (2010) recoge el relato de un grupo de pacientes, hombres y mujeres con cáncer de diferentes edades y en diferentes estadios de la enfermedad, donde los datos recogidos muestran que la esperanza y la fortaleza configuran una clase de resiliencia que aparece como protector psicológico y motor para continuar viviendo positivamente, a pesar de los estadios avanzados de la enfermedad.

También hay evidencias que la expresión emocional a través de relatos escritos, por ejemplo, influye positivamente en la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento frente al dolor en personas con cáncer (Suárez Löcher y Pérez, 2011), o simplemente permite hacerla más comprensible o más explicable para la persona que la padece (Fernández Díaz, 2012).

¹³ Aquí la terminología utilizada varía según las autoras y los autores consultados. Así, Bertaux (1999) y Cornejo (2006) hablan de enfoque biográfico, Pujadas (1992) se refiere al método biográfico, y Sabariego (2004) utiliza el término método narrativo-biográfico.

¹⁴ A diferencia de las historias de vida (*life histories*), que son narraciones biográficas que se complementan con otros documentos que proporciona el mismo participante (fotografías, diarios, etc.) (Pujadas, 1992).

¹⁵ Una historia es un “conjunto de los hechos acaecidos en la existencia de una persona o de una cosa, en el desarrollo de un acontecimiento o de un afer” (Enciclopèdia Catalana, 2013).

En definitiva, esta tesis doctoral señala la importancia de los relatos que hacen las personas participantes, ya que estas historias muestran el significado que cada persona da a su experiencia de vida con la enfermedad y en relación con la enfermedad. Estos relatos aportan la vivencia subjetiva, la “verdad” de la persona afectada, y es esa vivencia la que ha de tenerse también presente para entender y promover la atención integral de la persona con cáncer.

7.5.1. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Por lo que respecta a las entrevistas con los pacientes, los médicos utilizaron sus conocimientos sobre el paciente y los datos de la historia clínica para sondear las posibilidades de participar en el estudio cualitativo, teniendo en cuenta los criterios de selección de este segundo grupo. Aquí es donde se evidenciaron las mayores reticencias de las personas afectadas a la hora de participar. Gran parte de las personas que accedieron han sido profesionales del ámbito social y sanitario que se han visto también afectados por el cáncer. Una vez las personas candidatas a entrevista aceptaban participar, se les pedía su consentimiento para que el investigador se pusiera en contacto telefónico y pudiesen concretar el día y la hora para la entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo en el hospital, en el centro de asistencia primaria o en el mismo domicilio de la persona entrevistada, según su preferencia y disponibilidad. Todas las personas participantes dieron su consentimiento escrito para que la entrevista fuera registrada en audio por el investigador.

7.5.2. ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: LA ENTREVISTA

Para Delage (2010), una cualidad específicamente humana es la capacidad para contar historias. Cualquier persona, constantemente produce historias, explica

historias de sí mismo, de sus vivencias y de sus ocurrencias. El ser humano es un ser narrativo.

Explicar las propias vivencias, particularmente cuando una persona se ve sometida a dificultades es una forma de encontrar cierto alivio y compartir su malestar. Miles de personas en todo el mundo explican su día a día viviendo con su enfermedad, y esta particular forma de expresión narrativa les ayuda a encontrar apoyos (Sahuquillo, 2011).

Desde hace unos cuantos años, se ha incrementado el interés por el método biográfico, coincidiendo con el protagonismo que cobra el ser humano en disciplinas como la Antropología, la Sociología o la misma Pedagogía (Sandín, 2003). Por este motivo, en esta tesis doctoral se ha pensado en el relato biográfico como elemento para recoger la narrativa de las personas participantes, atendiendo a los objetivos del estudio que se ha llevado a cabo.

En consonancia con la metodología cualitativa y el método narrativo-biográfico, la estrategia de recogida de información es la entrevista. Ésta es la principal estrategia utilizada en la metodología cualitativa, y tiene como objetivo recoger información sobre aspectos subjetivos de los participantes (motivaciones, actitudes, opiniones, creencias, etc.) a propósito de una situación, un hecho o un fenómeno que se quiere estudiar (Massot, Dorio y Sabariego, 2004), en un marco de relación entre la persona entrevistadora y la persona entrevistada. Como señala Sierra Bravo (1997:352): “hasta ahora no existe ningún procedimiento para observar directamente los datos subjetivos de los miembros de la sociedad. Es obligado recurrir a la entrevista o algún procedimiento similar también indirecto”. La entrevista, pues, posibilita el acceso a este ámbito de la subjetividad de las personas entrevistadas, mejor que cualquier otra estrategia.

Para esta investigación se utiliza una entrevista basada en una pauta o guión elaborado *ad hoc* (ver Anexo IX) alrededor de los temas que el investigador quiere conocer de la persona entrevistada, de manera que ésta tenga libertad para ordenar

y elaborar preguntas a lo largo de la entrevista, en función de cómo se vaya desarrollando. Se trata de un esquema abierto a los temas a tratar y que, atendiendo a la naturaleza de un estudio cualitativo, no es un guión cerrado y tampoco tiene que seguirse ordenadamente a la hora de formular las preguntas. Lo que interesa es recoger la voz de las personas participantes alrededor de las temáticas que se quieren estudiar.

En cuanto al número de entrevistas, el hecho de elaborar una narración de la propia vida requiere un mínimo de tiempo. Aunque hay autores que aconsejan diversas entrevistas para que el relato tenga un componente reflexivo, apelando a la flexibilidad y al hecho de adaptarse a las particularidades de cada uno de los participantes (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008; Guest, Bunce y Johnson, 2006), esta tesis se centrará en una única entrevista en profundidad.

7.5.3. ANÁLISIS CUALITATIVO

Cada una de las entrevistas se registró en audio mediante una grabadora digital de voz Olympus WS-650A, con el consentimiento previo de las personas entrevistadas. Posteriormente, se llevó a cabo la transcripción literal de las entrevistas mediante la ayuda del programa *SoundScriber* (Beck, 1998), un sencillo programa gratuito que permite ralentizar la velocidad de la grabación, detenerla y volverla a escuchar de forma cómoda, mientras se está transcribiendo.

Cada entrevista transcrita había de tener una nomenclatura, de manera que se pudiera identificar a cada participante y cada párrafo de su relato biográfico según un sistema de anotación como se detalla a continuación:

- Dos dígitos de 00 a 99 que corresponde al número asignado a cada paciente en la fase cuantitativa

- A continuación, un código para determinar el sexo de la persona participante (“H” para los hombres y “M” para las mujeres).
- Le siguen cuatro dígitos para la fecha de nacimiento.
- A continuación, paréntesis y la numeración de inicio y final del párrafo de aquella entrevista. Esto servía para identificar los ejemplos sobre los cuales se ha querido llamar la atención del lector o la lectora.

Así, el formato del código de identificación resultante de la entrevista a una persona participante sería, por ejemplo: 02M1945(103-109).

Se podría pensar que el hecho de transcribir la grabación de audio de una entrevista es una tarea relativamente sencilla y objetiva. Todo lo contrario, porque es diferente transcribir únicamente las palabras que querer captar por escrito los matices de la expresión no-verbal y las particularidades paraverbales (entonación, ritmo, etc.). Para el registro y la transcripción de las entrevistas, se han seguido las recomendaciones de Pujadas (1992) y Farias y Montero (2005).

Para el análisis de cada entrevista, se utilizó el programa de análisis cualitativo Atlas.ti (versión 6.0), mediante la creación de una unidad hermenéutica que denominada “Apego-resiliencia”. Dicha unidad hermenéutica sirvió para guardar las entrevistas¹⁶, y alguna observación necesaria, el sistema categorial organizado, los datos, y todo el trabajo de pensamiento que llevado a cabo con los datos.

La codificación y categorización del relato biográfico se hizo en base a un sistema de categorías elaboradas previamente en su mayoría, de forma deductiva, a partir de la información recogida en el marco teórico. El sistema de codificación fue

¹⁶ Antes de asociar las entrevistas a la unidad hermenéutica de análisis, conviene guardarlas en formato txt (texto sin formato) indicando la opción “asignación de saltos”. Este procedimiento transforma el texto en un formato que puede ser visualizado con cualquier editor de textos, a la vez que asigna un número a cada línea del texto. Esta estrategia permite localizar fácilmente y a posteriori cualquier texto del discurso que interese remarcar.

elaborado a partir de un sistema de dimensiones y categorías¹⁷, creando una serie de códigos para identificar en las entrevistas aquellos elementos que el investigador quiere estudiar en profundidad. A continuación, se describen las dimensiones y su definición.

Tabla 16. Dimensiones del relato biográfico apego-resiliencia y cáncer

Objetivos específicos	Dimensiones	Definición
Conocer las vivencias de las personas enfermas de cáncer en los diversos momentos de la enfermedad	Representación social de la enfermedad	Significados que el sujeto atribuye a la salud y la enfermedad, lo qué significa para él o para ella el cáncer, qué miedos y preocupaciones le asaltan, las imágenes que la persona tiene de sí misma (como sujeto enfermo de cáncer o como persona que tiene una enfermedad), su comportamiento frente a la enfermedad en los diferentes momentos (diagnóstico, tratamientos, etc.), y cuál es el efecto que las intervenciones terapéuticas le han producido. También recoge los mitos familiares alrededor de la enfermedad (en el caso de familias donde haya habido casos de cáncer con anterioridad).
Conocer la percepción de crecimiento interior experimentado durante el proceso de la enfermedad.	Cambios en el proceso de la enfermedad	Modificaciones que la persona ha experimentado en su manera de conducirse ante la vida y las relaciones consigo mismo y con los demás; cambios que pueden derivarse de haberse visto afectado por la enfermedad del cáncer (de qué forma le ha cambiado la vida, qué cosas han cambiado desde el inicio de la enfermedad).

¹⁷ Se recoge en el Anexo VIII una descripción detallada del proceso de creación del sistema de dimensiones y categorías.

Objetivos específicos	Dimensiones	Definición
Conocer las valoraciones que las personas afectadas por el cáncer realizan sobre sus experiencias de apego pasadas y presentes	Figuras de apego	Identificación de las principales personas significativas dentro y fuera del sistema familiar de la familia de origen y de la familia actual, identificándose también las características que el sujeto entrevistado otorga a esas figuras significativas.
Analizar la relación entre el apego y la resiliencia en situación de enfermedad crónica	Relación entre apego y resiliencia	Componentes de la resiliencia que tienen que ver con las competencias y capacidades del sujeto y de su entorno, identificando aquellos elementos que el sujeto describe como facilitadores a la hora de hacer frente a la enfermedad.
Comprender el papel del apego como elemento de apoyo y de regulación emocional de las personas afectadas y sus familias.	Rol del apego familiar	Funciones emocionales de la familia que facilitan y dificultan la expresión y la contención emocional tanto del propio paciente como de la familia misma, y de qué manera la familia se organiza emocionalmente para dar apoyo y contención al sufrimiento de la persona enferma y al sufrimiento de la familia misma.

Una vez elaborado el sistema de dimensiones y categorías, se concreta el sistema de codificación que se utilizará para el análisis de los relatos biográficos de las personas participantes. Este sistema de codificación se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 17. Dimensiones, categorías y códigos para la codificación de las entrevistas

Dimensiones	Categorías	Códigos
Representación social de la enfermedad	Concepción de la enfermedad	RSE_con_enferm
	Miedos y preocupaciones	RSE_miedo_preocupa
	Impacto de las intervenciones biomédicas	RSE_impacto_interv

Dimensiones	Categorías	Códigos
Cambios en el proceso de la enfermedad	Rol de persona enferma (identidad en la enfermedad crónica)	CPE_rol_enferm
	Cambios en los comportamientos, concepción de la vida y emociones después del diagnóstico del cáncer	CPE_cambios
	Elementos facilitadores del cambio	CPE_facilita_cambio
	Elementos inhibidores del cambio	CPE_inhibe_cambio
Figuras de apego	Figuras de apego familiares en la infancia	FA_fam_infancia
	Otras figuras significativas en la infancia	FA_no_fam_infancia
	Figuras de apego familiares en la edad adulta	FA_fam_ed_adulta
	Otras figuras de apego significativas	FA_no_fam_ed_adulta
	Características de las figuras actuales más significativas de apego	FA_caract_fa_actual
Relación entre apego y resiliencia	Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos	AR_interpers_rc
	Características y rasgos personales	AR_rasgos_pers
	Apego resiliente	AR_apego_resil
Rol de apego familiar	Expresión emocional intrafamiliar	RAF_exp_emo_intrafam
	Funciones emocionales facilitadoras de expresión emocional	RAF_fun_facilita
	Funciones inhibidoras	RAF_fun_inhibid
	Estrategias de afrontamiento de la familia	RAF_afron_familia

Una vez transcritas las entrevistas, se procedió a la lectura y codificación de las respuestas de las personas participantes, utilizando el sistema de codificación descrito, tal y como muestra la tabla 17. Después de codificar cada una de las entrevistas, se llevó a cabo una lectura detallada de los datos narrativos de cada una de las categorías para ver las coincidencias y discrepancias en los discursos de las personas participantes.

7.6. FASE 5: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ELABORACIÓN DE PROPUESTAS RESPECTO AL APEGO Y LA RESILIENCIA

Para la elaboración de los resultados del estudio cuantitativo y cualitativo, se ha redactado un informe de resultados, desglosado en tres grandes apartados: el informe de resultados cuantitativos relativos a las variables sociodemográficas, de salud, y de las variables apego-resiliencia, por un lado. Por otra parte, se han contrastado las hipótesis de la investigación. Y finalmente, se ha elaborado un informe de resultados cualitativos, recogiendo las narraciones de las participantes en el sistema de categorías que se ha detallado anteriormente.

Después de haber redactado este informe de resultados, se ha procedido a contrastar los resultados encontrados con las investigaciones y los datos aportados por otros autores, de manera que puedan detectarse los puntos de coincidencia y de discrepancia, a la vez que ha de permitir hacer algunas orientaciones de cara a la atención integral.

“(…) es tracta de repensar l’ètica des del punt de vista de la seva aplicació a les situacions concretes de la vida social i no tant de la reflexió filosòfica sobre el bé que, com s’ha pogut veure, sovint ha quedat molt allunyat de les pràctiques reals en la vida quotidiana” (Vilar, 2010:25).

CAPÍTULO 8

8. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. INTRODUCCIÓN

Investigar de forma científica exige el cumplimiento de determinados estándares. No todo conocimiento es científico, ni todo el conocimiento científico es igualmente válido si no cumple unas mínimas reglas. Se trata, en definitiva, de investigar siguiendo unos estándares de rigor científico.

Por otra parte, la calidad de la investigación y sus resultados remiten a cuestiones de carácter ético. Cuando se trata de investigaciones con seres humanos, la ética, además de ser una prerrogativa legal, es una cuestión relevante que el investigador no puede obviar a tenor de las complicaciones que los resultados y la misma investigación pueden generar en las personas implicadas.

8.2. CRITERIOS CIENTÍFICOS

A la hora de determinar los criterios de calidad, la tradición cuantitativa ha prestado más atención al tema que la investigación cualitativa, proponiendo criterios más elaborados que son los denominados clásicamente como validez, fiabilidad y objetividad (Martínez Rizo, 2002).

Por lo que respecta a la investigación cualitativa, se recoge la opinión de Sandín (2003:185) “los criterios de rigor científico en la investigación cualitativa han ido evolucionando desde propuestas vinculadas a planteamientos positivistas, pasando por el establecimiento de criterios propios hasta su reconceptualización desde el pensamiento postestructural”. Es decir, que la investigación de carácter cualitativo tiene, actualmente, sus propios criterios de rigor científico, teniendo en cuenta las características diferenciales respecto de los estudios cuantitativos.

Los criterios de rigor científico difieren en un tipo de metodología u otra no solamente en la nomenclatura sino también en las estrategias que se llevan a cabo para incrementar el rigor de dichas metodologías. La siguiente tabla recoge los criterios de rigor científico:

Tabla 18. Criterios de rigor científico en investigaciones cuantitativas y cualitativas

Criterios	Metodología cuantitativa	Metodología cualitativa
Valor de verdad	Validez interna	Credibilidad
Aplicabilidad	Validez externa	Transferibilidad
Consistencia	Fiabilidad	Dependencia
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad

FUENTE. Latorre, Del Rincón y Arnal (1996).

Sin embargo, conviene no descuidar el hecho de que cualquier criterio siempre es aplicado por personas concretas, de manera que la calidad de la investigación depende, finalmente, de los controles cruzados (Martínez Rizo, 2002).

8.2.1. VALIDEZ INTERNA Y CREDIBILIDAD

Se habla de validez interna al hablar desde la perspectiva cuantitativa, mientras que la credibilidad hace referencia a la perspectiva cualitativa. La validez interna da cuenta del grado en que los resultados recogidos por los investigadores reflejan la realidad observada en los sujetos estudiados (Gérvás y Pérez, 2008).

Para el estudio cuantitativo se han aplicado dos pruebas que han sido utilizadas y validadas anteriormente en otras investigaciones, y que tienen buenas propiedades psicométricas, como señalan sus autores (Lacasa y Muela, 2014; Saavedra y Villalta, 2008a). Para ambos instrumentos, los autores hacen una detallada descripción del proceso de elaboración, tanto desde el punto de vista teórico como aplicado. Se debe tener en cuenta que el hecho de ser un diseño *ex post facto* no permite garantizar una relación de causa-efecto si bien se puede decir que hay más probabilidades de que esta relación sea causalidad a tenor de contrastar los hallazgos de esta investigación con los datos procedentes de las fuentes teóricas y otras pruebas en contextos similares o más cercanos. Otro elemento a destacar es la rigurosidad en el análisis estadístico de los datos cuantitativos, llevándose a cabo pruebas de normalidad de los datos que permitieran utilizar con rigor las pruebas estadísticas paramétricas o no-paramétricas.

Para el estudio cualitativo se ha utilizado un guión de entrevista de respuesta abierta, guión que ha sido elaborado *ad hoc*, a partir del marco teórico y de la valoración del propio trabajo, y que ha contado con la supervisión de las directoras de la tesis y de una investigadora postdoctoral de la Universitat de Lleida. Este guión de preguntas recoge los tópicos sobre los que el investigador considera pertinentes

de cara al objeto de estudio, el apego y la resiliencia, y recogiendo también otros elementos relevantes, como las ideas y sentimientos relativos al cáncer, su impacto en la esfera personal y familiar, así como el efecto que emocionalmente implican tanto el diagnóstico como los diferentes tratamientos recibidos y los tempos de las personas afectadas.

8.2.2. VALIDEZ EXTERNA Y TRANSFERENCIA

Se habla de validez externa desde la perspectiva cuantitativa, mientras que se utiliza el término transferencia para hacer referencia a la perspectiva cualitativa. La validez externa se refiere a la posibilidad de extrapolar los resultados y las conclusiones de un estudio a otros ámbitos similares (Aliaga, 2000).

Un elemento clave en la validez externa recae en la muestra utilizada para realizar el estudio cuantitativo y de la cual proceden los datos (Vázquez, 2015). A pesar de que el tamaño final de la muestra de personas participantes ha sido menor del que se esperaba, siendo por tanto uno de los puntos débiles de esta investigación, el hecho de que los hallazgos vayan en consonancia con los obtenidos por otros investigadores en contextos diversos, sugiere que los resultados de esta investigación pueden extrapolarse a otros grupos de similares características, con la prudencia que sugiere un estudio de estas características.

En relación con el número de participantes en una investigación cualitativa, se dan referencias entre cinco y treinta relatos como mínimo, según el estudio y el tipo de método cualitativo utilizado (Bertaux, 1999; Guest, Bunce y Johnson, 2006; Medrano, Cortés y Aierbe, 2004; Valdebenito, Loizo y García, 2009). No obstante, es la saturación teórica lo que determina el número de participantes necesarios; este término viene a significar que el número de participantes es suficiente cuando de los relatos recogidos no surgen más datos, o bien que la información proporcionada por éstos es repetitiva (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008; Valdebenito, Loizo y García, 2009).

8.2.3. FIABILIDAD Y DEPENDENCIA

Al hablar de fiabilidad, la teoría clásica de los test señala como idea básica que detrás de una puntuación obtenida en una prueba existe una puntuación verdadera, de manera que un instrumento será fiable cuando las variaciones en las puntuaciones observadas se deban más a las variaciones de las puntuaciones verdaderas que a las variaciones producidas por el azar o el error (Fernández-Ballesteros y Calero, 2013). Es decir, que la fiabilidad de un instrumento hace referencia a su precisión a la hora de recoger datos de aquello que pretende observar o medir.

Para el estudio cuantitativo se han utilizado el cuestionario de apego adulto CaMir-R y la escala de resiliencia SV-RES, y se han calculado los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach de ambos instrumentos. Los resultados de estos cálculos son similares a los obtenidos por los autores en sus estudios originales (Lacasa y Muela, 2014; Saavedra y Villalta, 2008a).

Como se ha señalado, para el estudio cualitativo se ha utilizado un guión de entrevista de respuesta abierta, guión que ha sido elaborado *ad hoc* y de forma deductiva a partir de un elaborado marco teórico y que ha contado con la supervisión de tres especialistas en metodología cualitativa. Dado que los hallazgos encontrados en el estudio cualitativo hacen referencia a la subjetividad de las personas, y están sujetos a cambios en función de múltiples factores tanto internos como externos, la dependencia en el estudio cualitativo no es tan consistente.

8.2.4. OBJETIVIDAD Y CONFIRMABILIDAD

Aunque no se pretende caer en un relativismo irresponsable, parece recomendable recordar lo que señala Ander-Egg (2013:52): “el sujeto investigador no desaparece, como si pudiera ser neutro frente a lo que estudia, de modo que

pueda considerar que realiza una investigación objetiva”. La objetividad y la confirmabilidad se refieren al grado de sesgo en los datos, interpretaciones y resultados de una investigación fruto de la subjetividad o los prejuicios del investigador (Aliaga, 2000).

Los diferentes informes y avances de la investigación han sido elaborados y supervisados rigurosamente por las directoras de tesis y por el propio investigador. Se ha evitado en todo momento posibles intereses diferentes a la finalidad de la investigación, de manera que se ha evitado comprometer la objetividad de las informaciones recogidas, especialmente en el caso del estudio cualitativo, dada su naturaleza más subjetiva y por la implicación más directa del investigador en el proceso de recogida de los datos.

Para la recogida y análisis de los datos cuantitativos, se ha seguido una anotación que identificara a las personas participantes manteniendo el anonimato de las mismas frente al investigador.

Recogiendo las aportaciones de diversos autores, Aliaga (2000) señala algunas estrategias para incrementar y garantizar el rigor en el estudio cualitativo. Así, en esta investigación el material de las entrevistas fue grabado en audio y transcrito literalmente, lo cual permite que el relato pueda revisarse repetidas veces al ser guardado en formato de texto. También se describe el proceso de elaboración de las dimensiones y categorías de codificación de la entrevista. Finalmente, se detallan las características de las personas entrevistadas.

8.3. CRITERIOS ÉTICOS

La declaración de la UNESCO (1999) sobre ciencia y tecnología resalta, entre otros puntos, la utilización responsable del conocimiento a la hora de responder a las necesidades del ser humano. Destaca que el desarrollo científico también tiene atributos negativos, como la degradación del medioambiente, por ejemplo. Por eso

propone que la ciencia esté al servicio de la paz y el desarrollo y velar por unos códigos éticos, dado que la responsabilidad social de los investigadores es muy elevada.

El estudio de cualquier aspecto relevante con seres humanos no ha de huir de las connotaciones éticas por el peligro que puede comportar una utilización inadecuada de estas investigaciones. Es una cuestión que, aun siendo evidente, resulta importante señalarla y explicitarla. Esto, junto con la preocupación creciente por los efectos que pueden ocasionar los resultados de las investigaciones sobre la calidad de vida de las personas, justifica la necesidad de utilizar formas de acercarse a la realidad objeto de estudio ateniendo a las implicaciones éticas para no estigmatizar nuevamente a las personas que se encuentran afectadas o se han visto afectadas por una adversidad del tipo que sea (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008; Pujadas, 1992; Sabariego, 2004, Sandín, 2003).

Para Martínez Rizo (2002), la ciencia siempre ha de actuar de manera que no viole los derechos de las personas, para que no puedan justificarse determinadas investigaciones que hayan podido causar daño a las personas, o no hayan tomado las precauciones necesarias para proteger a las personas implicadas.

Como remarca Sullivan (2003) al hablar de la profesión sanitaria, el hecho de ser un buen profesional no es una guía suficiente de cara a la investigación clínica o a la atención de los pacientes, y muestra una breve reseña histórica acerca del reconocimiento y la obligatoriedad del consentimiento informado como paso previo a la atención de las personas afectadas por una enfermedad. En palabras de García y Valdverde (2013), los objetivos de cualquier actividad humana pueden pervertirse, a través del uso de métodos dudosos, la manipulación de los objetivos o por la utilización inadecuada de los resultados. Es, por lo tanto, necesario ajustarse a unos principios éticos. Finalmente, señalar que Fernández-Ballesteros y Calero (2013) manifiestan que la reflexión ética ha de ser un elemento clave en la práctica y el desarrollo de una profesión.

Así pues, la investigación que desarrolla esta tesis doctoral cumple los estándares y los requisitos necesarios para una investigación con seres humanos, tal y como se detalla a continuación.

Teniendo en cuenta que el trabajo de campo iba a realizarse en un entorno sanitario (hospital municipal y centros de asistencia primaria), el primer paso fue solicitar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la clasificación del estudio, resolviendo que era un estudio observacional no posautorización (ver Anexo I), es decir, que no se le exige autorización previa de ninguna autoridad competente, puesto que no se utilizan fármacos de ningún tipo. No obstante, dicha Agencia reclamaba como necesario el dictamen favorable de un Comité Ético de Investigación Clínica acreditado en el territorio estatal. Así pues, el investigador solicitó también la validación del proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona) para el estudio que se iba a realizar en el Hospital Municipal de Badalona (Badalona Serveis Assistencials), y al Comité Ético de Investigación Clínica del *Institut d'Investigació en Atenció Primària* Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol, Barcelona) para el estudio que se llevaba a cabo en el Centro de Asistencia Primaria El Carmel y en el Equipo de Asistencia Primaria Encants (Institut Català de la Salut) de Barcelona (ver Anexo II). En la parte del estudio en el que colaboraban las asociaciones *Ginesta* y *L'Olivera*, se les informaba de la aprobación previa del estudio por parte de los dos comités de ética, al tiempo que se demandaba el consentimiento y colaboración de las entidades para que dieran difusión al estudio entre sus socias.

Las personas participantes fueron seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión, y confirmaban su participación con la firma de un documento de consentimiento informado (ver Anexos III y IV) para participar en la primera fase del estudio (estudio cuantitativo) y en la segunda fase (estudio cualitativo). Ambos documentos han seguido los dictados de la ley catalana 21/2000 sobre los derechos de información concernientes a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica, junto con la modificación de ésta en la nueva ley 16/2010, que actualiza la regulación relativa a la conservación de la historia clínica. Otras

normas jurídicas que avalan estas prácticas son: 1) la ley estatal 15/1999 de protección de datos de carácter personal, y 2) la ley estatal 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También se tuvieron en cuenta las recomendaciones del Comité de Bioética de Catalunya (2003). Las hojas de consentimiento informado de las personas provenientes del ámbito hospitalario quedaron en custodia del hospital, formando parte de la historia clínica. En el caso de las personas participantes provenientes del ambulatorio y de las asociaciones, se optó porque las personas firmaran dando su consentimiento, sin incluir ningún dato identificativo, de manera que no fuese necesario ningún protocolo específico para custodiar las hojas de consentimiento informado por parte del investigador (no aparecen datos que permitan identificar a las personas participantes, más allá de un código de números y letras asignado por el investigador).

A aquellas personas seleccionadas se les explicó individualmente, tanto de forma oral como de forma escrita el propósito del estudio y el por qué de la demanda de participación, y una vez hecho esto, se les pidió que firmasen por duplicado el documento de consentimiento informado, uno para la persona participante y otro para el investigador. A todas las personas participantes se les ofreció la posibilidad de tener información sobre los resultados finales de la investigación.

Las grabaciones en audio de las diferentes entrevistas fueron transcritas por el mismo investigador, obviando cualquier dato que pueda identificar a la persona entrevistada. Cuando se han utilizado fragmentos de las mismas para dar cuenta de aspectos que el investigador ha querido resaltar, se ha suprimido cualquier referencia que pueda dar pie a identificar al protagonista del relato.

Por último, señalar que se guardó una copia de audio en CD junto con la transcripción correspondiente en formato de archivo pdf. Estos archivos de audio y texto fueron previamente encriptados, de manera que es necesario introducir una clave alfanumérica para su edición.

“Los datos recogidos, elaborados y orgánicamente sistematizados, han de ser presentados en un informe que expresa los resultados de la investigación” (Ander-Egg, 2011:172)

CAPÍTULO 9

9. RESULTADOS

Los resultados de los estudios cuantitativos y cualitativos se presentan en dos grandes bloques diferenciados, tal y como se detalla a continuación.

9.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

9.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

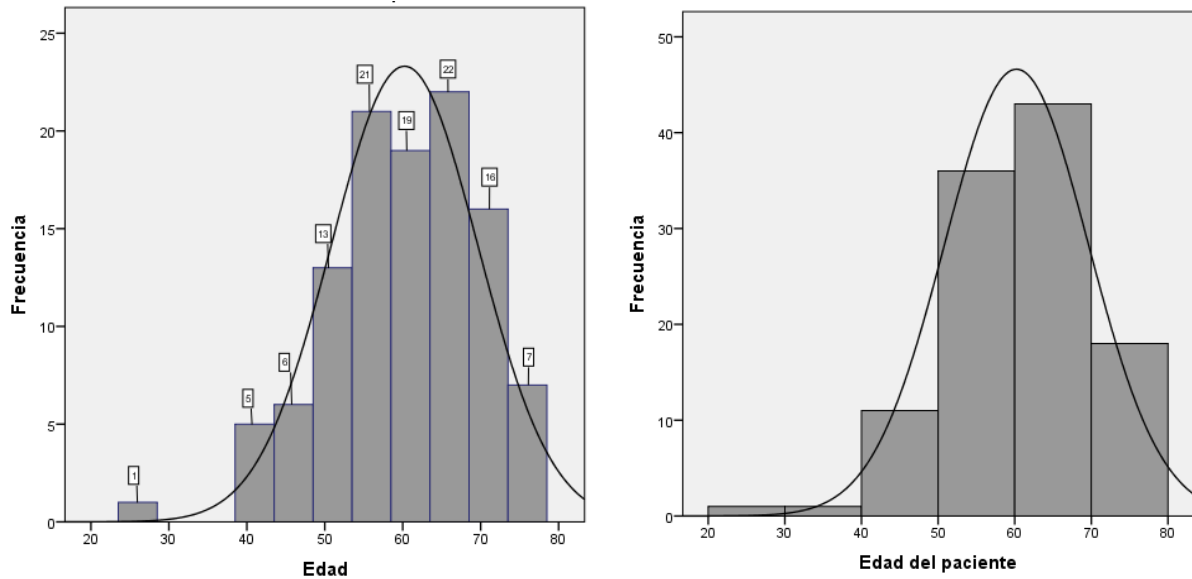
El conjunto de personas que participaron en el estudio estaba formado por un total de 110 personas, hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 26 y los 78 años, que han tenido experiencia directa como afectados por el cáncer y que se encuentran en intervalo libre de enfermedad, es decir, sin actividad tumoral.

Seguidamente se describen las características¹⁸ sociodemográficas y de salud de este grupo.

¹⁸ Para evitar una lectura cargada de tablas y figuras, se ha creído conveniente limitar la presencia de algunas de estas tablas y figuras. En el anexo se encuentran detalladas todas las utilizadas en la elaboración de los resultados de la investigación.

9.1.1.1. Edad de los participantes

La edad de las personas participantes oscila entre los 26 y los 78 años de edad. La persona más joven es una mujer de 26 años y la más mayor una de 78.



Gráficos 1 y 2. Edad de las personas participantes.

Es un grupo mayoritariamente senior; tan solo el 11,70% de las personas participantes son menores de 50 años. Como puede observarse en el gráfico, si se agrupan las personas participantes por rangos de edad, el grueso de edad se concentra entre los 50 y los 70 años de edad, correspondiendo al 74,90% de los participantes de la investigación.

Por otro lado, el 37% son hombres y mujeres entre los 50 y los 60 años, el 37,90% son hombres y mujeres entre los 60 y los 70 años de edad. Finalmente, el 12,60% tienen más de 70 años de edad.

9.1.1.2. Sexo

Se observa un claro predominio del sexo femenino. Las mujeres representan el 89,10% y los hombres un 10,90% del total de personas participantes.

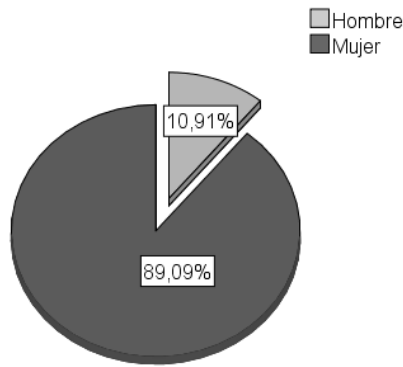


Gráfico 3. Sexo de los participantes.

9.1.1.3. País de origen y nacionalidad

La mayoría de las personas que han participado en el estudio, un 96,40%, tienen nacionalidad española y su país de procedencia es España. Solamente un 1,80% son personas de origen comunitario (Italia), y un 1,80% extracomunitario (Bolivia, Cuba y Uruguay).

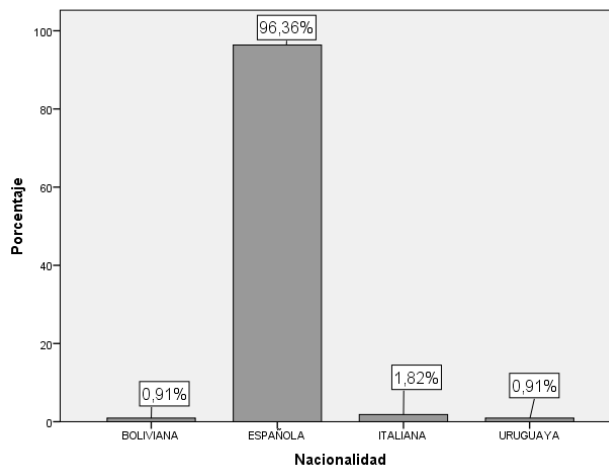


Gráfico 4. Nacionalidad de los participantes.

9.1.1.4. Dispositivo asistencial o recurso asociativo de procedencia

En relación con el recursos sanitario o asociativo de procedencia, el grueso mayoritario de las personas encuestadas, el 91,82%, procede del ámbito sanitario (el 68,18% son pacientes del Hospital Municipal de Badalona, y el 23,64% proceden de los dos centros de asistencia primaria). Por otra parte, el 8,18% restante son personas procedentes de las dos asociaciones de pacientes o personas afectadas.

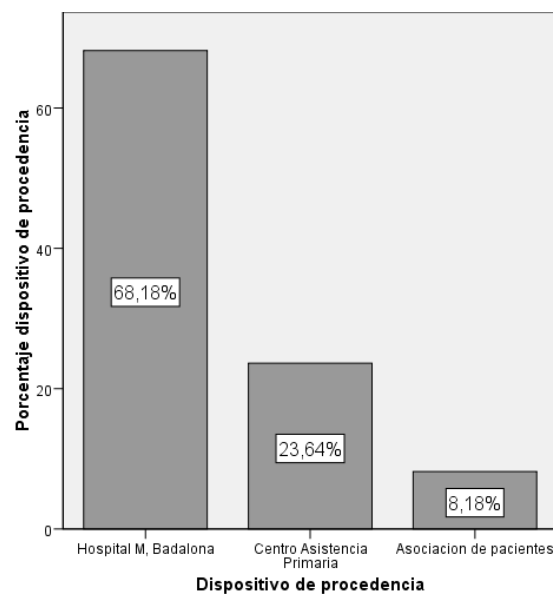


Gráfico 5. Dispositivo sanitario y asociación de procedencia.

9.1.1.5. Estado civil y número de hijos

El 82,70% de las personas participantes refiere tener pareja estable, bien como pareja de hecho, bien en régimen de matrimonio. Las personas sin pareja representan el 16,40% de los participantes (un 7,30% solteras y solteros, y un 6,40% de separados y separadas; las personas viudas representan el 2,70% del total).

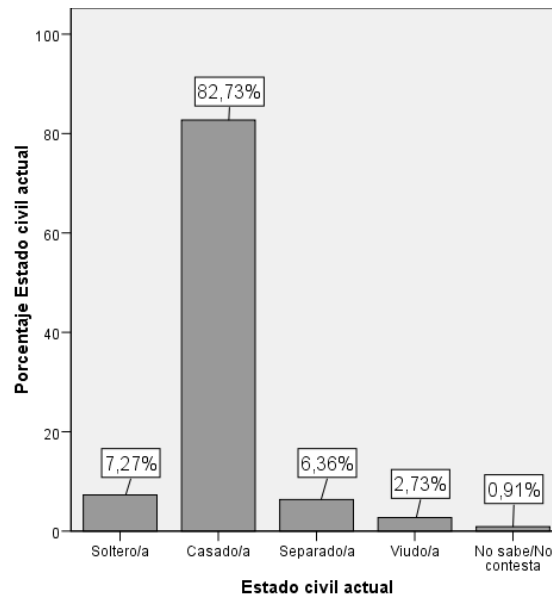


Gráfico 6. Estado civil actual.

En relación con los hijos, el 54,50% de las personas que han participado en el estudio tienen dos hijos o hijas, y el 10,90% tienen más de dos y un máximo de cinco. El otro 10,90% restante, no tiene hijos o hijas.

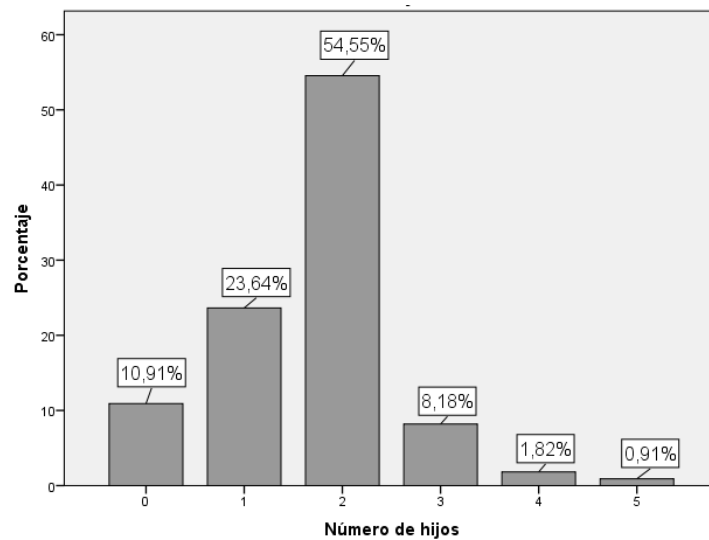


Gráfico 7. Número de hijos.

9.1.1.6. Estudios y profesión actual

Casi la mitad de las personas participantes tiene estudios primarios o básicos (43,64%) y estudios medios (3,64% la antigua EGB, y 3,64% un grado medio de formación profesional). Un porcentaje menor (27,27%) tiene estudios superiores, mientras que un grupo más pequeño tiene estudios universitarios (20,91%).

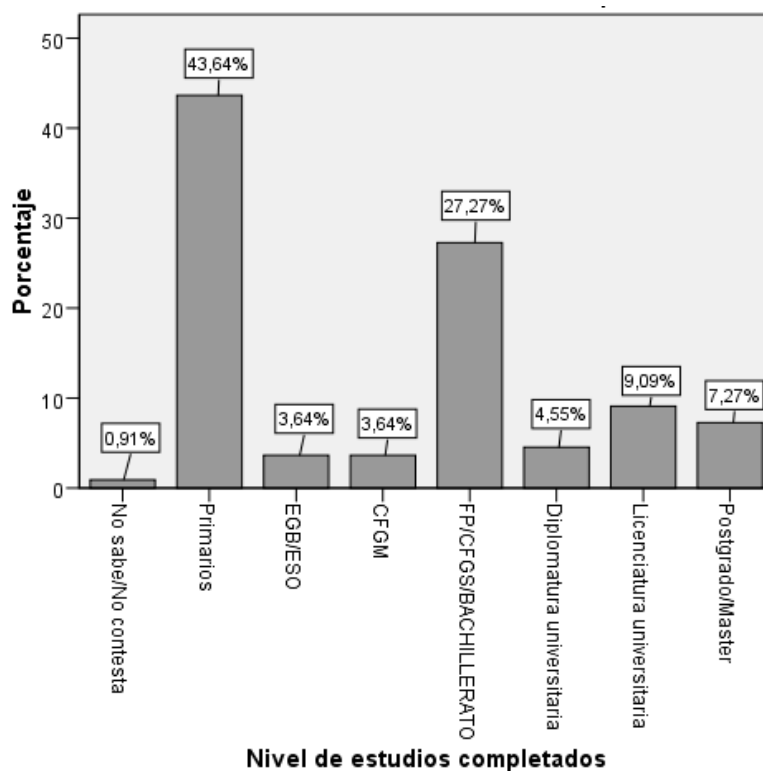


Gráfico 8. Nivel de estudios.

Por lo que respecta a la actividad laboral, existe una amplia variedad de perfiles profesionales, donde el sector servicios, un 26,40%, aglutina el porcentaje mayoritario de profesiones.

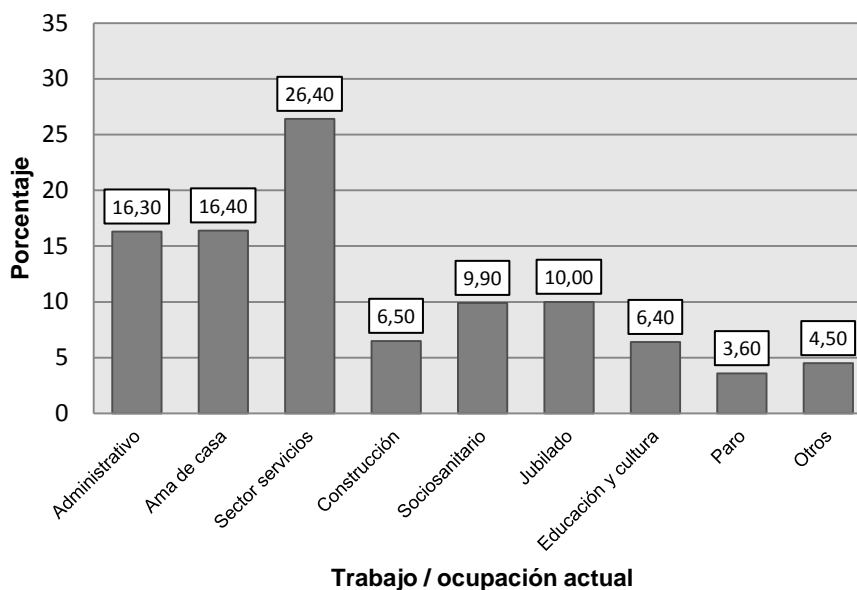


Gráfico 9. Profesión actual.

Las personas que se dedican al ámbito administrativo suponen el 16,30% del total (administrativa y banca). Un 9,90% de las personas encuestadas trabajan en el ámbito sociosanitario (trabajadora familiar, enfermeras, médicas de familia, psiquiatra y psicólogas). Las personas vinculadas al mundo de la construcción aglutinan el 6,50% de la muestra (albañil, operario, industria, soldador, técnico reparación). El 6,40% son profesionales del mundo de la enseñanza y la cultura (maestras, profesoras y gestora cultural). Algunas profesiones o roles profesionales son más minoritarias (artes gráficas, empresaria, informática y funcionaria), y conforman el 4,50% de las personas participantes.

Hay también una parte significativa de personas participantes, el 13,60%, que se encuentra en situación laboral inactiva (10,00% en situación de jubilación, 3,60% en el paro). La actividad de las “amas de casa”, un 16,40% de las personas participantes, es también una parte importante del grupo.

9.1.1.7. Año del diagnóstico, intervalo libre de enfermedad y tipología de cáncer detectado

El año con mayor frecuencia de diagnósticos de cáncer es el 2011, con 24 personas afectadas. Por otro lado, señalar que en la gráfica destacan seis personas con diagnósticos anteriores al año 2005; éstos representan unos pocos casos de personas con recaídas, y se ha preferido tomar como referencia la fecha del primer diagnóstico.

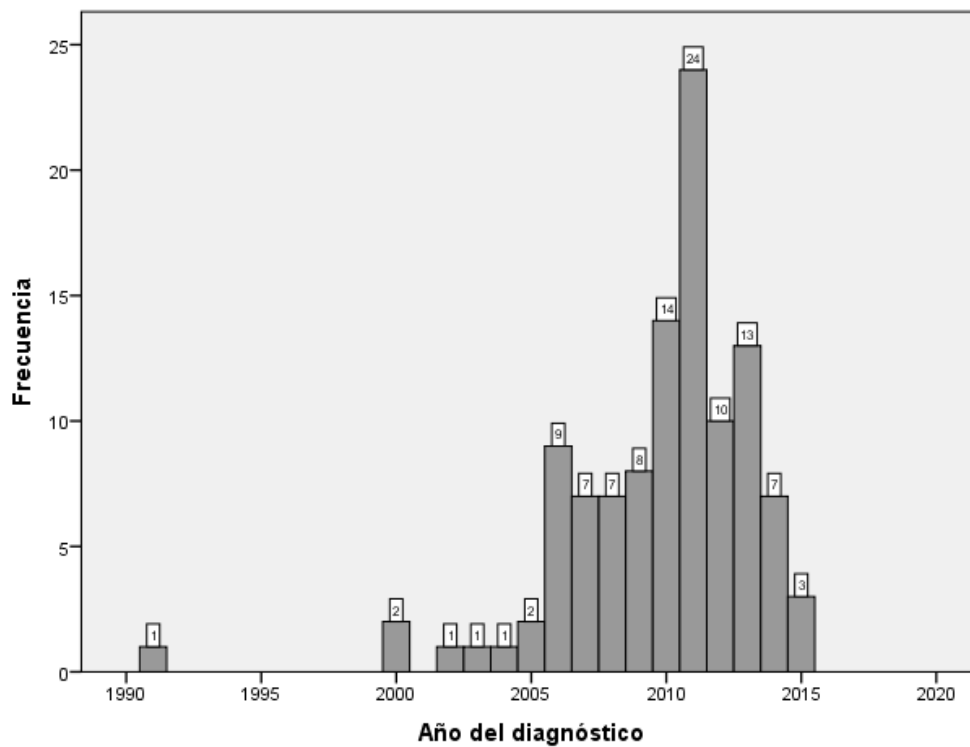


Gráfico 10. Año del diagnóstico.

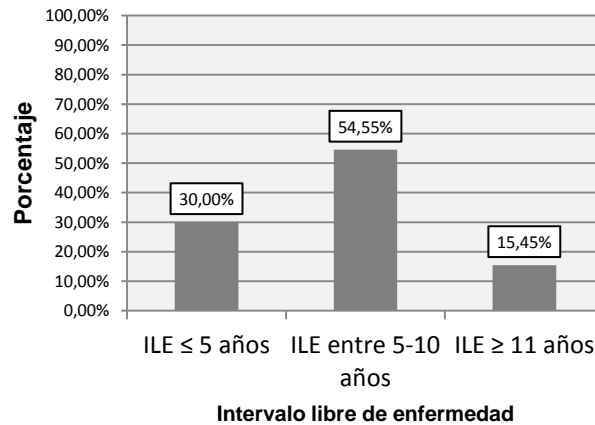


Gráfico 11. Intervalo libre de enfermedad.

Se ha utilizado el intervalo libre de enfermedad (ILE) para agrupar a las personas participantes en tres grupos: un primer grupo formado por las personas con un ILE igual o inferior a 5 años, un segundo grupo con un ILE entre 6 y 10 años, y un tercer grupo con un ILE superior a 11 años. Puede observarse como el 54,55% se encuentran en el ILE entre 5-10 años, siendo el 30,00% los que están en un ILE igual o inferior a 5 años. El menor porcentaje se da en las personas que están en el ILE de más de 11 años de edad.

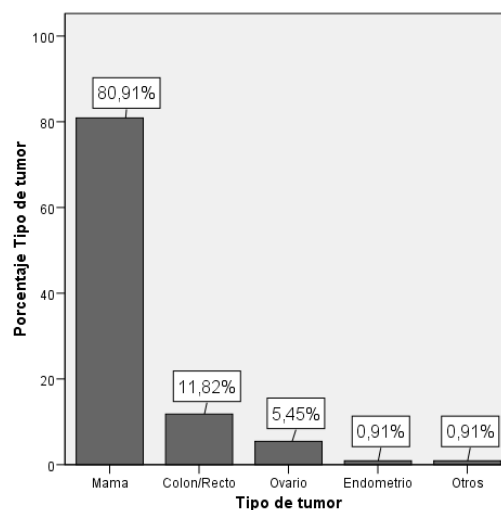


Gráfico 12. Tipología de tumores diagnosticados.

La frecuencia de los diferentes tipos de cáncer en esta muestra son: el 80,90% de personas con cáncer de mama, el 11,80% con cáncer colorrectal, el 5,50% con cáncer de ovario, y, por último, el 0,90% de casos de cáncer de endometrio.

9.1.1.8. Tratamientos recibidos

Respecto a los tratamientos recibidos para tratar la actividad tumoral, 103 personas afectadas (93,64%) han tenido como tratamiento la cirugía en el total de los casos. Otro de los tratamientos habituales es la quimioterapia, tratamiento que han recibido 83 personas (75,45). La radioterapia es otra de las intervenciones frecuentes en 77 personas afectadas (70,00%). Y finalmente la hormonoterapia, el menos frecuente en este grupo, se aplicó a 61 personas (55,45%).

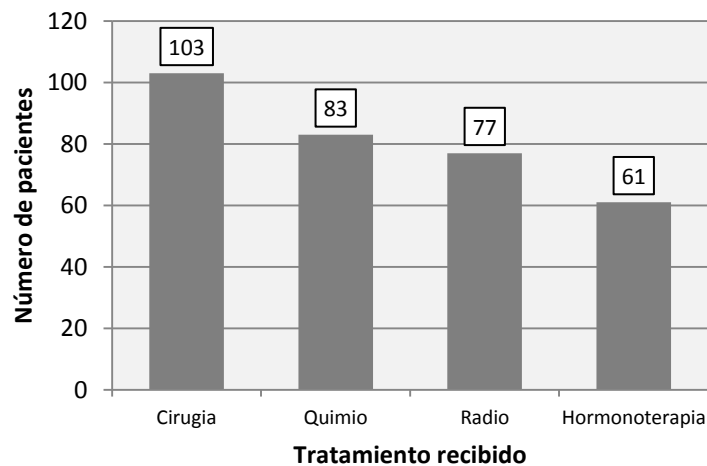


Gráfico 13. Tratamientos recibidos.

Sin embargo, en este grupo de personas con cáncer, las intervenciones biomédicas rara vez se limitan a un único tratamiento. Tan sólo un porcentaje minoritario ha tenido como tratamiento solamente cirugía (6,36%) o quimioterapia (2,73%). Así pues, lo más frecuente es una intervención combinada de dos o tres tratamientos.

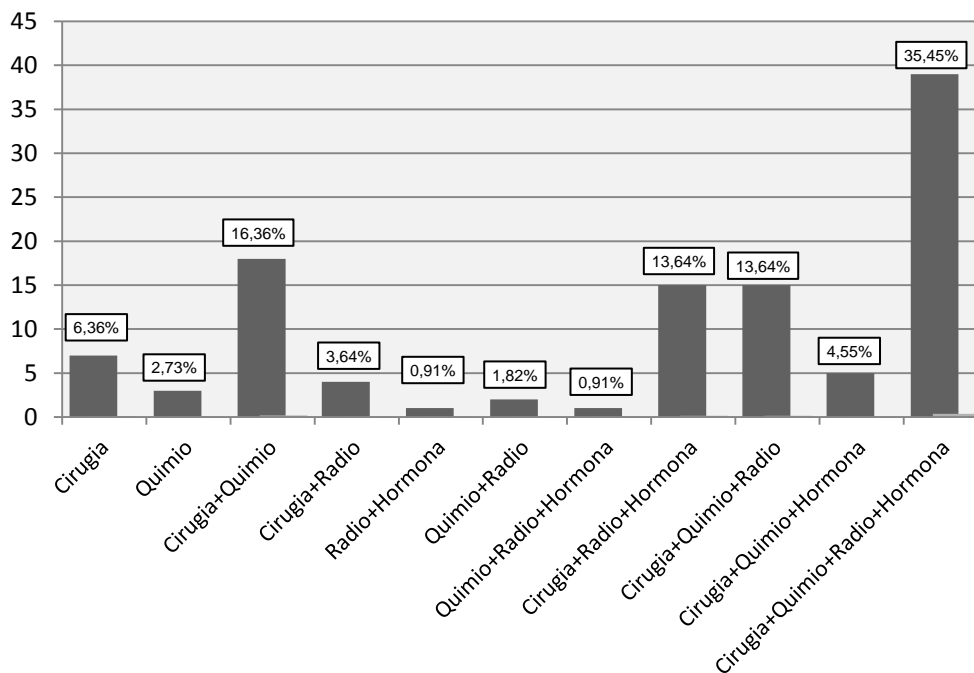


Gráfico 14. Tratamientos combinados.

El gráfico refleja la diversidad de opciones terapéuticas que se han dado. El porcentaje mayoritario está en las personas que reciben una combinación de cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, el 35,45% de las personas de la muestra. Cirugía y quimioterapia es otra de las combinaciones más frecuentes, el 16,30% de la muestra, y a continuación la tríada cirugía-quimioterapia-radioterapia, por un lado, y cirugía-radioterapia-hormonoterapia, ambas para el 13,64% de las personas de este grupo.

9.1.1.9. Tratamiento actual

La hormonoterapia coadyuvante es un tratamiento complementario al tratamiento del cáncer. Se administra durante un período prolongado de tiempo, aproximadamente, durante cinco años. Este tratamiento no implica actividad tumoral, es decir, no es un tratamiento paliativo. Por tanto, las personas participantes que

actualmente están usando este tratamiento, son personas que están en intervalo libre de enfermedad.

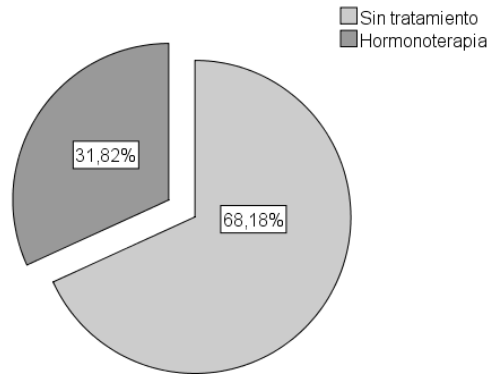


Gráfico 15. Tratamiento actual: hormonoterapia adyuvante.

En esta muestra, el 31,80% de las personas participantes está con tratamiento de hormonoterapia complementaria.

9.2.1. APEGO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

A continuación, se desglosan los resultados de las dimensiones de apego adulto según el cuestionario Camir-R, por un lado, y los estilos estimados de apego adulto, por otro.

9.2.1.1. Dimensiones de apego del CaMir-R en personas con cáncer

El Camir-R evalúa siete dimensiones de apego (Seguridad y apoyo de las figuras de apego, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, Valor autoridad paterna, Permisividad parental, Autosuficiencia y rencor hacia las figuras parentales, y Traumatismo infantil), además de estimar los estilos de apego (seguro, inseguro preocupado e inseguro evitativo).

Las puntuaciones medias obtenidas por las personas participantes han sido de 4,19 ($\pm 0,72$ desviación estándar) para D1 Seguridad, de 3,31 ($\pm 0,87$ desviación estándar) para D2 Preocupación familiar, de 2,85 ($\pm 0,81$ desviación estándar) para D3 Interferencia padres, de 4,31 ($\pm 0,56$ desviación estándar) para D4 Valor autoridad paterna, de 2,34 ($\pm 0,69$ desviación estándar) para D5 Permisividad parental, de 2,98 ($\pm 0,77$ desviación estándar) para D6 Autosuficiencia, y de 2,11 ($\pm 0,88$ desviación estándar) para D7 Trauma infantil.

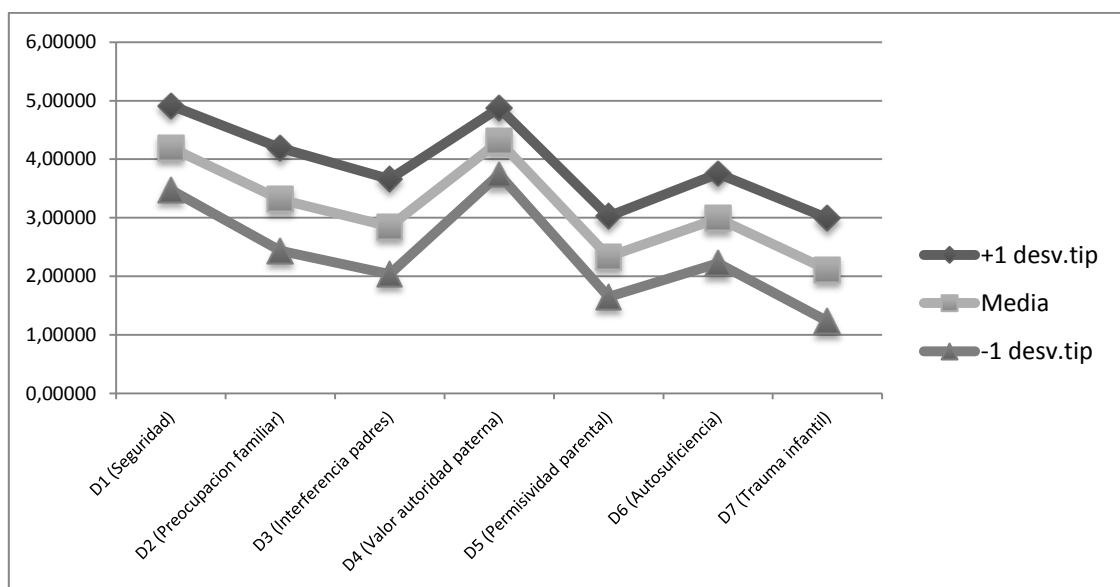


Gráfico 16. "Perfil" medio de apego del grupo de personas participantes.

FUENTE. Elaboración propia.

Como puede observarse en el gráfico 16, el "perfil" medio de apego de la persona con cáncer es, a tenor de los resultados de esta muestra, el de una persona con una fuerte convicción de sentirse querido, tanto en el pasado como en el presente por sus figuras de apego, y una fuerte confianza en estas figuras (D1). No obstante, existe una cierta preocupación cuando se produce una separación temporal de estas figuras de apego (D2), si bien no parece haber un sentimiento de sentirse abandonado (D3). Es más, se da un fuerte reconocimiento de la autoridad parental (D4), relacionada por otra parte, con la vivencia de haber tenido límites y acompañamiento de estas figuras parentales (D5), si bien en algunos momentos

puede haberse generado rechazo a los sentimientos de dependencia que haya podido experimentar (D6). En cualquier caso, hay una mínima vivencia de rechazo por parte de las figuras parentales (D7).

Por otra parte, puede observarse que algunas de estas dimensiones correlacionan de forma estadísticamente significativa con otras, tal y como se muestra en la tabla 19.

Así, se observa que la dimensión D1 (Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego) correlaciona negativamente con las dimensiones D3 (Interferencia de los padres), con D6 (Autosuficiencia y rencor hacia los padres) y con D7 (Traumatismo infantil). Estos resultados indican que D1 (medida utilizada para estimar el estilo de apego seguro) correlaciona negativamente con las tres dimensiones que se utilizan para estimar los apegos inseguros. Es decir, que una puntuación elevada en D1, indicadora de apego seguro, dificulta la aparición de puntuaciones elevadas en D3 y D6, puntuaciones correspondientes a los apegos inseguros.

Por otro lado, la dimensión D2 (Preocupación familiar) correlaciona positivamente con D3 (Interferencia de los padres), con D4 (Valor de la autoridad paterna) y con D6 (Autosuficiencia y rencor hacia los padres).

Por su parte, la dimensión D3 (Interferencia de los padres) correlaciona negativamente con D1 (Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego), y positivamente con D2 (Preocupación familiar), D5 (Permisividad parental), D6 (Autosuficiencia y rencor hacia los padres) y D7 (Traumatismo infantil).

Asimismo, la dimensión D4 (Valor de la autoridad de los padres) correlaciona positivamente con la dimensión D2 (Preocupación familiar).

Tabla 19. Correlaciones entre las dimensiones de apego del CaMir-R

		Zscore: D1	Zscore: D2	Zscore: D3	Zscore: D4	Zscore: D5	Zscore: D6	Zscore: D7
Zscore: D1 (Seguridad)	Correlación de Pearson	1	-,011	-,275**	,097	-,077	-,521**	-,605**
	Sig. (bilateral)		,909	,004	,314	,426	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: D2 (Preocupacion familiar)	Correlación de Pearson	-,011	1	,414**	,330**	,141	,301**	,181
	Sig. (bilateral)	,909		,000	,000	,141	,001	,058
	N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: D3 (Interferencia padres)	Correlación de Pearson	-,275**	,414**	1	,124	,224*	,456**	,365**
	Sig. (bilateral)	,004	,000		,197	,019	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: D4 (Valor autoridad paterna)	Correlación de Pearson	,097	,330**	,124	1	,117	,135	,061
	Sig. (bilateral)	,314	,000	,197		,222	,160	,524
	N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D5 (Permisividad parental)	Correlación de Pearson	-,077	,141	,224*	,117	1	,227*	,325**
	Sig. (bilateral)	,426	,141	,019	,222		,017	,001
	N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D6 (Autosuficiencia)	Correlación de Pearson	-,521**	,301**	,456**	,135	,227*	1	,579**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,160	,017		,000
	N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D7 (Trauma infantil)	Correlación de Pearson	-,605**	,181	,365**	,061	,325**	,579**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,058	,000	,524	,001	,000	
	N	110	110	110	110	110	110	110

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

También se observa que la dimensión D5 (Permisividad parental) correlaciona positivamente con D3 (Interferencia de los padres), D6 (Autosuficiencia y rencor hacia los padres) y D7 (Traumatismo infantil)

Además, la dimensión D6 (Autosuficiencia y rencor hacia los padres) correlaciona negativamente con D1 (Seguridad y apoyo de las figuras de apego), y positivamente con D2 (Preocupación familiar), D3 (Interferencia de los padres), D5 (Permisividad parental) y D7 (Traumatismo infantil).

Finalmente, la dimensión D7, correlaciona negativamente con D1 (Seguridad y apoyo de las figuras de apego), y positivamente con D3 (Interferencia de los padres), con D5 (Permisividad parental) y con D6 (Autosuficiencia y rencor hacia los padres).

9.2.1.2. Estilos de apego adulto según el CaMir-R en personas con cáncer

Además de las siete dimensiones de apego, el CaMir-R permite estimar tres estilos de apego: seguro, inseguro preocupado e inseguro evitativo.

En el conjunto del grupo, las proporciones de los distintos estilos de apego se distribuyen de la siguiente manera: 57,30% de personas con apego seguro y 42,70% de personas con apegos inseguros, de las cuales el 20,00% muestra apego inseguro preocupado y el 22,70% presenta apego inseguro evitativo.

Las proporciones de estilos de apego por sexo muestran algunas diferencias. Así, en el caso de las mujeres, el porcentaje de apego seguro se sitúa en el 58,20%, mientras que en los hombres, el porcentaje de apego seguro está en el 50,00%. Por lo que respecta a los apegos inseguros, las mujeres muestran un porcentaje del 41,8%, frente al 50,00% de los hombres con apegos inseguros. Dentro de los apegos inseguros, las mujeres con apego preocupado representan el 19,40%

mientras que en los hombres representa el 25,00%. Y respecto al apego inseguro evitativo, las mujeres muestran un porcentaje del 22,40% mientras que en los hombres el porcentaje es del 25,00%.

Tabla 20. Estilos de apego según el sexo de las personas participantes

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Estilos de apego.	Apego seguro	Recuento	6	57	63
		% dentro de Sexo	50,0%	58,2%	57,3%
	Apego preocupado	Recuento	3	19	22
		% dentro de Sexo	25,0%	19,4%	20,0%
	Apego evitativo	Recuento	3	22	25
		% dentro de Sexo	25,0%	22,4%	22,7%
Total	Recuento	12	98	110	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Por otro lado, si se tiene en cuenta el estado civil de las personas participantes y los estilos de apego, la siguiente tabla muestra datos al respecto.

Tabla 21. Estilos de apego y estado civil actual

		Estado civil actual					Total
		Soltero/a	Casado/a	Separado/a	Viudo/a	No sabe/No contesta	
Apego seguro	Recuento	4	56	2	1	0	63
	% dentro de Estado civil actual	50,0%	61,5%	28,6%	33,3%	0,0%	57,3%
Apego preocupado	Recuento	2	18	1	1	0	22
	% dentro de Estado civil actual	25,0%	19,8%	14,3%	33,3%	0,0%	20,0%
Apego evitativo	Recuento	2	17	4	1	1	25
	% dentro de Estado civil actual	25,0%	18,7%	57,1%	33,3%	100,0%	22,7%
Total	Recuento	8	91	7	3	1	110
	% dentro de Estado civil actual	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos señalan que en esta muestra de participantes el apego seguro tiene un porcentaje más elevado entre las personas casadas (61,50%). En cambio, las personas separadas o viudas tienen un porcentaje de apego seguro menor (28,60% y 33,30% respectivamente). Los apegos inseguros son más elevados entre las personas viudas (66,60%) y las separadas (71,40%). El mayor porcentaje de apego inseguro evitativo se observa en las personas separadas (57,10%). En el caso de las personas solteras, la proporción de apegos seguros e inseguros está al 50%,

9.3.1. RESILIENCIA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

A continuación, se desglosan los resultados de los factores y suprafactores de resiliencia adulta, según la escala SV-RES.

9.3.1.1. Factores de resiliencia de la SV-RES en personas con cáncer

La SV-RES evalúa doce factores de resiliencia: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad.

Las puntuaciones medias obtenidas por las personas participantes han sido de 20,54 ($\pm 2,86$ desviación típica) para F1 Identidad, de 21,60 ($\pm 2,67$ desviación típica) para F2 Autonomía, 20,50 ($\pm 2,51$ desviación típica) para F3 Satisfacción, de 19,55 ($\pm 2,73$ desviación típica) para F4 Pragmatismo, de 21,43 (\pm desviación típica 2,47) para F5 Vínculos, de 20,74 ($\pm 2,55$ desviación típica) para F6 Redes, de 21,12 ($\pm 2,95$ desviación típica) para F7 Modelos, de 19,73 ($\pm 2,79$ desviación típica) para F8 Metas, de 20,98 ($\pm 2,91$ desviación típica) para F9 Afectividad, de 21,69 ($\pm 2,71$ desviación típica) para F10 Autoeficacia, de 20,72 ($\pm 2,74$ desviación típica) para F11 Aprendizaje, y de 19,99 ($\pm 2,92$ desviación típica) para F12 Generatividad.

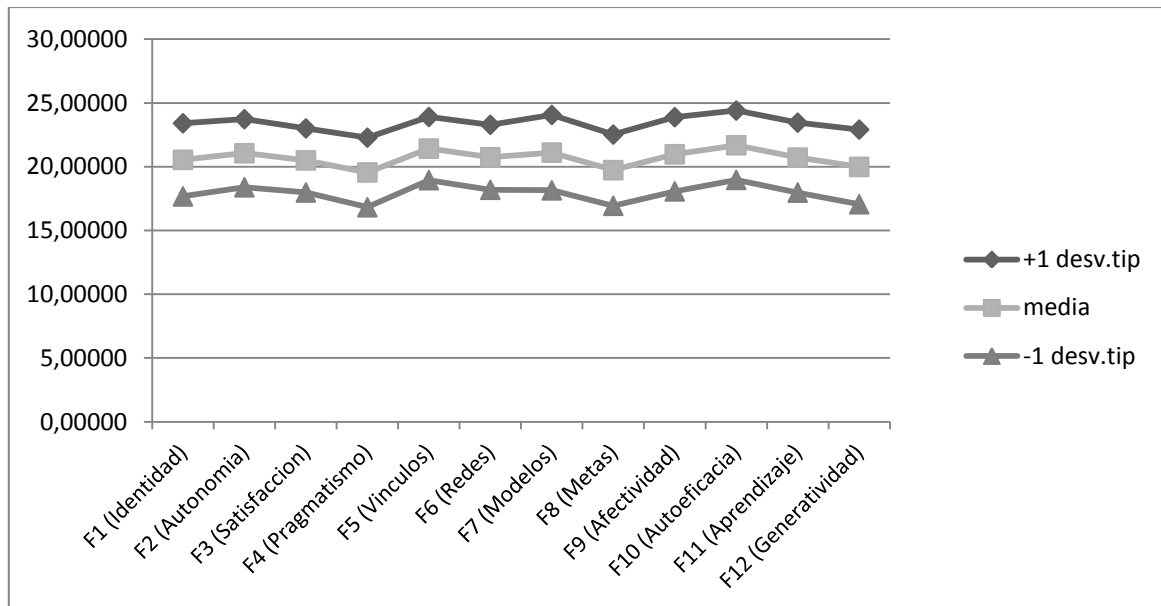


Gráfico 17. “Perfil” de resiliencia del grupo de personas participantes.

Como se observa, el “perfil” medio de resiliencia de una persona enferma de cáncer es el de un individuo con una identidad consolidada (F1), con una fuerte tendencia a la autonomía e independencia a la hora de actuar (F2), un sentimiento de adaptación externa y de desarrollo personal (F3), y un cierto sentido práctico para afrontar los problemas (F4). Esta persona, además, mantiene vínculos afectivos consistentes (F5), y tiene el apoyo cercano y disponible de sus allegados (F6), existen referentes que facilitan el afrontamiento de las dificultades (F7). Además, se plantea algunos proyectos de futuro (F8), y valora también la propia vida emocional (F9), siendo capaz de contener los impulsos y responsabilizarse de las propias acciones (F10), pudiendo aprender y aprovechar la experiencia personal para corregir acciones y comportamientos (F11). Finalmente, esta persona manifiesta una cierta capacidad para improvisar frente a los problemas.

Por otra parte, puede observarse que algunos de estos factores correlacionan de forma estadísticamente significativa con otros, tal y como se muestra en la tabla 22.

El factor F1 (identidad) tiene una fuerte correlación positiva con los factores F2 (Autonomía), F3 (Satisfacción) y F4 (Pragmatismo), correlacionando positivamente también con los factores F11 (Aprendizaje), F12 (Generatividad) y F8 (Metas).

El factor F2 (Autonomía) tiene una fuerte correlación positiva con F1 (Identidad), F5 (Vínculos), F3 (Satisfacción), y con los factores F10 (Autoeficacia), F4 (Pragmatismo), F6 (Redes) y F9 (Afectividad), y también con el factor F8 (Metas)

El factor F3 (Satisfacción) tiene una fuerte correlación positiva con F2 (Autonomía), F1 (Identidad), F10 (Autoeficacia), F5 (Vínculos), y correlaciona positivamente con F9 (Afectividad), F6 (Redes) y F4 (Pragmatismo). También correlaciona con F12 (Generatividad)

El factor F4 (Pragmatismo) correlaciona positivamente con F2 (Autonomía), F1 (Identidad), F12 (Generatividad) y F11 (Aprendizaje). También correlaciona con F3 (Satisfacción), F10 (Autoeficacia) y F8 (Metas).

El factor F5 (Vínculos) tiene una fuerte correlación positiva con F6 (Redes), F9 (Afectividad) y F2 (Autonomía). Correlaciona positivamente con F10 (Autoeficacia), F7 (Modelos), F3 (Satisfacción) y F8 (Metas). También correlaciona, aunque con menor intensidad, con F11 (Aprendizaje).

El factor F6 (Redes) tiene una fuerte correlación positiva con F7 (Modelos), F5 (Vínculos) y F9 (Afectividad). También correlaciona positivamente con F10 (Autoeficacia), F11 (Aprendizaje), F2 (Autonomía) y F3 (Satisfacción). Correlaciona, aunque con menor intensidad, con F1 (Identidad) y F4 (Pragmatismo).

Tabla 22. Correlaciones entre los factores de resiliencia de la SV-RES

		Zscore: F1 (Iden.)	Zscore: F2 (Auton.)	Zscore: F3 (Satisf.)	Zscore: F4 (Pragma.)	Zscore: F5 (Vinc.)	Zscore: F6 (Red.)	Zscore: F7 (Mod.)	Zscore: F8 (Meta)	Zscore: F9 (Afectiv.)	Zscore: F10 (Autoef.)	Zscore: F11 (Aprend.)	Zscore: F12 (Genera.)
Zscore: F1 (Identidad)	Pearson	1	,751**	,660**	,637**	,488**	,447**	,355**	,499**	,454**	,450**	,531**	,513**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F2 (Autonomía)	Pearson	,751**	1	,716**	,648**	,732**	,600**	,503**	,577**	,598**	,656**	,618**	,519**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F3 (Satisfacción)	Pearson	,660**	,716**	1	,589**	,656**	,598**	,494**	,528**	,608**	,659**	,685**	,538**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F4 (Pragmatismo)	Pearson	,637**	,648**	,589**	1	,526**	,520**	,452**	,558**	,507**	,588**	,603**	,618**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F5 (Vinculos)	Pearson	,488**	,732**	,656**	,526**	1	,735**	,658**	,616**	,724**	,677**	,597**	,547**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110

Resultados

		Zscore: F1 (Iden.)	Zscore: F2 (Auton.)	Zscore: F3 (Satisf.)	Zscore: F4 (Pragma.)	Zscore: F5 (Vinc.)	Zscore: F6 (Red.)	Zscore: F7 (Mod.)	Zscore: F8 (Meta)	Zscore: F9 (Afectiv.)	Zscore: F10 (Autoef.)	Zscore: F11 (Aprend.)	Zscore: F12 (Genera.)
Zscore: F6 (Redes)	Pearson	,447**	,600**	,598**	,520**	,735**	1	,804**	,588**	,722**	,686**	,638**	,501**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F7 (Modelos)	Pearson	,355**	,503**	,494**	,452**	,658**	,804**	1	,567**	,736**	,671**	,577**	,511**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F8 (Metas)	Pearson	,499**	,577**	,528**	,558**	,616**	,588**	,567**	1	,658**	,620**	,592**	,688**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F9 (Afectividad)	Pearson	,454**	,598**	,608**	,507**	,724**	,722**	,736**	,658**	1	,821**	,708**	,606**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F10 (Autoeficacia)	Pearson	,450**	,656**	,659**	,588**	,677**	,686**	,671**	,620**	,821**	1	,788**	,641**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110

Resultados

	Zscore: F1 (Iden.)	Zscore: F2 (Auton.)	Zscore: F3 (Satisf.)	Zscore: F4 (Pragma.)	Zscore: F5 (Vinc.)	Zscore: F6 (Red.)	Zscore: F7 (Mod.)	Zscore: F8 (Meta)	Zscore: F9 (Afectiv.)	Zscore: F10 (Autoef.)	Zscore: F11 (Aprend.)	Zscore: F12 (Genera.)
Zscore: F11 (Aprendizaje)	,531**	,618**	,685**	,603**	,597**	,638**	,577**	,592**	,708**	,788**	1	,705**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: F12 (Generatividad)	,513**	,519**	,538**	,618**	,547**	,501**	,511**	,688**	,606**	,641**	,705**	1
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

El factor F7 (Modelos) tiene una fuerte correlación positiva con F6 (Redes) y F9 (Afectividad). Correlaciona positivamente también con F10 (Autoeficacia) y F5 (Vínculos). Correlaciona, aunque con menor intensidad, con F1 (Autonomía).

El factor F8 (Metas) tiene una correlación positiva con F12 (Generatividad) y F9 (Afectividad) y también con F5 (Vínculos). Correlaciona con menor intensidad con F6 (Redes), F2 (Autonomía) y F4 (Pragmatismo).

El factor F9 (Afectividad) tiene una fuerte correlación positiva con F7 (Modelos), F5 (Vínculos) y F6 (Redes). También correlaciona positivamente con F10 (Autoeficacia), F8 (Afectividad), F3 (Satisfacción) y F2 (Autonomía).

El factor F10 (Autoeficacia) tiene una fuerte correlación positiva con F9 (Afectividad) y F11 (Aprendizaje). También correlaciona positivamente con F6 (Redes), F7 (Modelos), F5 (Vínculos), F3 (Satisfacción), F2 (Autonomía) y F1 (Identidad). Otras correlaciones positivas se da con F4 (Pragmatismo).

El factor F11 (Aprendizaje) tiene una fuerte correlación positiva con F10 (Autoeficacia), F9 (Afectividad) y F12 (Generatividad). También correlaciona positivamente con F3 (Satisfacción) y F6 (Redes). Otras correlaciones positivas se dan con F2 (Autonomía) y F4 (Pragmatismo).

El factor F12 (Generatividad) tiene una fuerte correlación positiva con F11 (Aprendizaje), F8 (Metas) y F10 (Autoeficacia). Correlaciona también positivamente con F4 (Pragmatismo) y F9 (Afectividad). Otras correlaciones positivas se dan con F5 (Vínculos).

9.3.1.2. Suprafactores de resiliencia de la SV-RES en personas con cáncer

La SV-RES también permite obtener puntuaciones para cuatro suprafactores de la resiliencia: Condiciones de base, Visión de sí mismo, Visión del problema, y Respuesta Resiliente. Para cada suprafactor, la puntuación mínima es 15 y la máxima es 75.

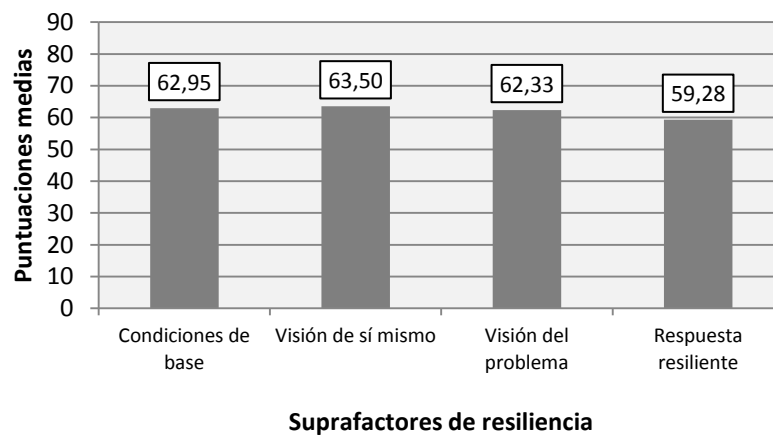


Gráfico 18. Suprafactores de resiliencia.

Puede observarse en el gráfico que todos los suprafactores tienen una puntuación media cercana o superior a 60, teniendo en cuenta que estos suprafactores oscilan entre un mínimo de 15 y un máximo de 75 puntos, este grupo presenta unas puntuaciones medias por encima de 40, que sería el punto de corte medio.

Las puntuaciones medias obtenidas por las personas participantes han sido de 62,95 ($\pm 6,91$ desviación típica) para el suprafactor Condiciones de base, de 63,50 ($\pm 6,94$ desviación típica) para Visión de sí mismo, de 62,33 ($\pm 6,97$ desviación típica) para Visión del problema, y de 59,28 ($\pm 7,31$ desviación típica) para Respuesta resiliente.

9.4.1. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

9.4.1.1. Hipótesis 1

Los diferentes estilos de apego adulto de la muestra de participantes se distribuyen porcentualmente de forma similar a los datos normativos en población española.

En el conjunto del grupo, las proporciones de los distintos estilos de apego se distribuyen de la siguiente manera: 57,30% de personas con apego seguro y 42,70% de personas con apegos inseguros, de los cuales el 20,00% muestra apego inseguro preocupado y el 22,70% presenta apego inseguro evitativo.

Para comparar los resultados de esta muestra con los recogidos en población española, se utilizaran aquellos estudios más recientes que usan los instrumentos más habituales para evaluar el apego, dado que son los que muestran unos resultados más homogéneos entre ellos. Son las investigaciones de Català (2015), Lacasa y Muela (2014) y Yárnoz y Comino (2011).

En el siguiente gráficos se muestra una comparativa entre apego seguro y apegos inseguros (sin especificar), por un lado, y entre apego seguro, apego inseguro preocupado y apego inseguro evitativo, por otro.

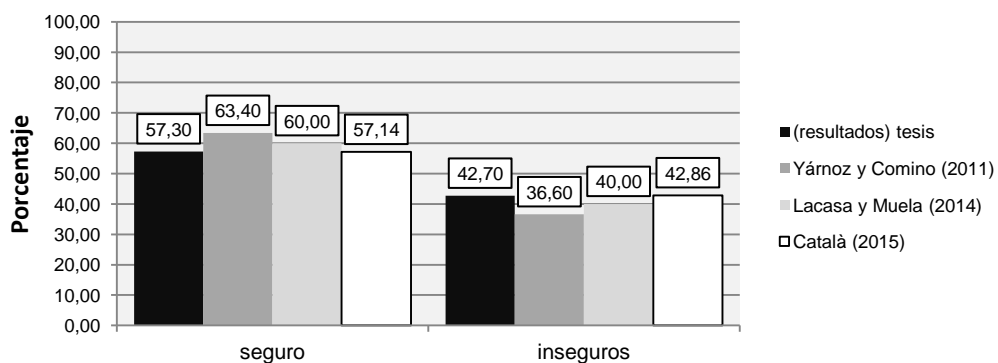


Gráfico 19. Comparativa entre apegos seguro e inseguros.

El gráfico muestra que los resultados que se obtienen en esta investigación, en la dicotomía apego seguro-inseguros es porcentualmente similar a los resultados obtenidos en los estudios más recientes.

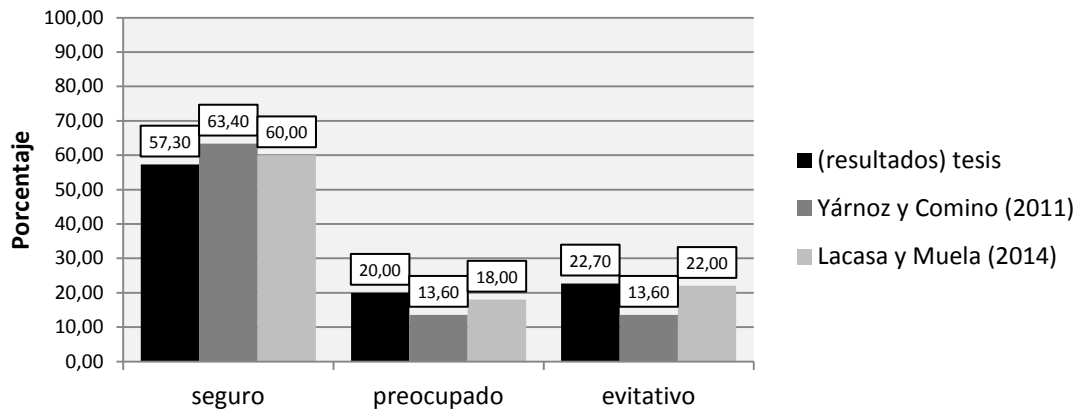


Gráfico 20. Comparativa entre apegos seguro, inseguro preocupado e inseguro evitativo.

Por otra parte, este segundo gráfico muestra que los resultados que se obtienen en esta investigación, entre los distintos tipos de apegos, son porcentualmente similares a los resultados obtenidos en los estudios más recientes.

9.4.1.2. Hipótesis 2

Las personas con apego seguro tienen puntuaciones totales de resiliencia estadísticamente superiores a las puntuaciones totales de resiliencia de las personas con apegos inseguros.

Para comprobar esta hipótesis, primero hay que asegurar que los datos se distribuyen según una curva normal. Para estos cálculos se utiliza el estadístico de Levene (ver Anexo XI), que en este caso muestra que los datos no se distribuyen según una curva normal y, por tanto, se deben utilizar las pruebas no-paramétricas.

Teniendo en cuenta que los datos no se distribuyen según una curva normal, se utiliza la prueba no-paramétrica de Kurskal-Wallis (tabla 23) para ver si la diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla 23. Rango de la puntuación total de resiliencia según los estilos de apego para la prueba no-paramétrica de Kruskal-Wallis

	Estilos de apego. Variable de segmentación	N	Rango promedio
Sumatoria total de resiliencia SVRES	Apego seguro	63	64,57
	Apego preocupado	22	39,68
	Apego evitativo	25	46,56
	Total	110	

Tabla 24. Significación estadística apego-resiliencia (total) en la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
	Sumatoria total de resiliencia SVRES
Chi-cuadrado	12,473
gl	2
Sig. asintótica	,002

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Estilos de apego. Variable de segmentación

Los datos señalan, con un intervalo de error inferior al 5% ($p < 0,05$), que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de resiliencia según el estilo de apego. Es decir, las personas con apego seguro tienen una puntuación total de resiliencia significativamente mayores que las personas con apego preocupado o con apego evitativo. Por lo tanto, se confirma la hipótesis alternativa de que existen diferencias entre esas variables en función del estilo de apego. La mayor diferencia se encuentra entre el apego seguro y el apego preocupado y el apego evitativo. Es decir, que el apego seguro es significativamente más resiliente que los apegos preocupado y evitativo. No se aprecia diferencia entre los estilos de apego preocupado y evitativo.

9.4.1.3. Hipótesis 3

Las personas con apego seguro tienen puntuaciones en los factores de resiliencia estadísticamente superiores a las puntuaciones de las personas con apegos inseguros.

Teniendo en cuenta que los datos de resiliencia no se distribuyen según una curva normal (véase Anexo XI), se deben utilizar las pruebas no-paramétricas para corroborar si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas o, en cambio, se deben al azar.

En la tabla 25 se muestran los datos para los doce factores de resiliencia según los estilos de apego, y la tabla 26 muestra la significación estadística de la prueba.

Tabla 25. Rango de los factores de resiliencia según los estilos de apego para la prueba de Kruskal-Wallis:

	Estilos apego. Variable segmentación	N	Rango promedio
Resiliencia factor F1 (Identidad) bruto	Apego seguro	63	61,47
	Apego preocupado	22	45,77
	Apego evitativo	25	49,02
	Total	110	
Resiliencia factor F2 (Autonomía) bruto	Apego seguro	63	66,15
	Apego preocupado	22	44,86
	Apego evitativo	25	38,02
	Total	110	
Resiliencia factor F3 (Satisfacción) bruto	Apego seguro	63	63,44
	Apego preocupado	22	43,68
	Apego evitativo	25	45,88
	Total	110	
Resiliencia factor F4 (Pragmatismo) bruto	Apego seguro	63	59,76
	Apego preocupado	22	41,86
	Apego evitativo	25	56,76
	Total	110	

Resultados

	Estilos apego. Variable segmentación	N	Rango promedio
Resiliencia factor F5 (Vinculos) bruto	Apego seguro	63	62,98
	Apego preocupado	22	42,25
	Apego evitativo	25	48,32
	Total	110	
Resiliencia factor F6 (Redes) bruto	Apego seguro	63	65,41
	Apego preocupado	22	39,70
	Apego evitativo	25	44,42
	Total	110	
Resiliencia factor F7 (Modelos) bruto	Apego seguro	63	65,72
	Apego preocupado	22	43,59
	Apego evitativo	25	40,22
	Total	110	
Resiliencia factor F8 (Metas) bruto	Apego seguro	63	61,83
	Apego preocupado	22	43,09
	Apego evitativo	25	50,48
	Total	110	
Resiliencia factor F9 (Afectividad) bruto	Apego seguro	63	61,87
	Apego preocupado	22	42,70
	Apego evitativo	25	50,70
	Total	110	
Resiliencia factor F10 (Autoeficacia) bruto	Apego seguro	63	63,46
	Apego preocupado	22	40,75
	Apego evitativo	25	48,42
	Total	110	
Resiliencia factor F11 (Aprendizaje) bruto	Apego seguro	63	62,74
	Apego preocupado	22	44,95
	Apego evitativo	25	46,54
	Total	110	
Resiliencia factor F12 (Generatividad) bruto	Apego seguro	63	57,41
	Apego preocupado	22	48,55
	Apego evitativo	25	56,80
	Total	110	

Tabla 26. Significación estadística de las diferencias entre los factores de resiliencia según los estilos de apego en la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Resiliencia factor F1 (Identidad) bruto	Resiliencia factor F2 (Autonomía) bruto	Resiliencia factor F3 (Satisfacción) bruto	Resiliencia factor F4 (Pragmatismo) bruto	Resiliencia factor F5 (Vínculos) bruto	Resiliencia factor F6 (Redes) bruto	Resiliencia factor F7 (Modelos) bruto	Resiliencia factor F8 (Metas) bruto	Resiliencia factor F9 (Afectividad) bruto	Resiliencia factor F10 (Autoeficacia) bruto	Resiliencia factor F11 (Aprendizaje) bruto	Resiliencia factor F12 (Generatividad) bruto
Chi-cuadrado	5,368	17,346	9,410	5,270	8,740	14,795	15,743	6,509	6,752	10,245	7,831	1,349
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,068	,000	,009	,072	,013	,001	,000	,039	,034	,006	,020	,509

a. Prueba de Kruskal Wallis b. Variable de agrupación: Estilos de apego. Variable de segmentación

Puede observarse en la tabla 26 que, con un intervalo de error inferior al 5% ($p < 0,05$), los datos señalan que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los siguientes factores de resiliencia según el estilo de apego: F1 Identidad, F4 Pragmatismo y F12 Generatividad. Por tanto, para estos tres factores de resiliencia se acepta la hipótesis nula, es decir, que las personas con apego seguro no tienen puntuaciones superiores en Identidad, Pragmatismo y Generatividad superiores a las personas con apegos inseguros.

Ahora bien, con un intervalo de error inferior al 5% ($p < 0,05$), los datos señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los siguientes factores de resiliencia según el estilo de apego: F2 Autonomía, F3 Satisfacción, F5 Vínculos, F6 Redes, F7 Modelos, F8 Metas, F9 Afectividad, F10 Autoeficacia y F11 Aprendizaje. Por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, es decir, que las personas con apego seguro obtienen puntuaciones superiores a las personas con apegos inseguros en siete de los doce factores de resiliencia.

9.4.1.4. Hipótesis 4

Las personas con apego seguro tienen puntuaciones en los suprafactores de resiliencia estadísticamente superiores a las puntuaciones de las personas con apegos inseguros.

Una vez más, y como paso previo para comprobar esta hipótesis, primero hay que asegurar que los datos se distribuyen según una curva normal. Para estos cálculos se utiliza el estadístico de Levene (ver Anexo XI), que en este caso muestra que los datos no se distribuyen según una curva normal y, por tanto, se deben utilizar las pruebas no-paramétricas.

Tabla 27. Rango de los suprafactores de resiliencia según los apegos seguro-preocupado-evitativo para la prueba no-paramétrica de Kruskal-Wallis

Rangos			
	Estilos de apego. Variable de segmentación	N	Rango promedio
Condiciones de base dimensión de resiliencia que agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad.	Apego seguro	63	63,19
	Apego preocupado	22	42,25
	Apego evitativo	25	47,78
	Total	110	
Visión de sí mismo dimensión de resiliencia que agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia.	Apego seguro	63	66,54
	Apego preocupado	22	38,48
	Apego evitativo	25	42,66
	Total	110	
Visión del problema dimensión de resiliencia que agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje.	Apego seguro	63	65,65
	Apego preocupado	22	41,84
	Apego evitativo	25	41,94
	Total	110	
Respuesta resiliente dimensión de resiliencia que agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad.	Apego seguro	63	59,80
	Apego preocupado	22	43,00
	Apego evitativo	25	55,66
	Total	110	

Tabla 28. Significación estadística de los factores de resiliencia y los estilos de apego para la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis

Estadísticos de prueba ^{a,b}				
	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Chi-cuadrado	8,950	17,912	14,974	4,536
gl	2	2	2	2
Sig. asintótica	,011	,000	,001	,104

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Estilos de apego. Variable de segmentación

En este caso, con un intervalo de error inferior al 5% ($p < 0,05$), los datos señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de tres de los cuatro suprafactores de resiliencia según el estilo de apego, y para ellos se acepta la hipótesis alternativa. Es decir, que las puntuaciones de los suprafactores Condiciones de base, Visión de sí mismo y Visión del problema son diferentes en función del estilo de apego, y que estas diferencias no se deben al azar. Las diferencias se dan entre apego seguro y apego evitativo, y entre apego seguro y apego preocupado. No hay diferencias entre apego preocupado y evitativo.

Por el contrario, no hay diferencias estadísticamente significativas en el suprafactor Respuesta resiliente. Por tanto, se acepta la hipótesis nula.

Para precisar con más detalle esta hipótesis, se procede a ver si las diferencias entre apego seguro y apegos inseguros (como dos categorías de la variable apego) son estadísticamente significativas. Para ello se utiliza la prueba no-paramétrica U de Mann Whitney.

Tabla 29. Rangos de los suprafactores de resiliencia según los apegos seguro-inseguros

		Rangos		
	Apego seguro $T < 50 = 1$ Inseguro si $T > 50 = 2$	N	Rango promedio	Suma de rangos
Condiciones de base.	Apego seguro	63	63,19	3981,00
	Apego inseguro	47	45,19	2124,00
	Total	110		
Visión de sí mismo.	Apego seguro	63	66,54	4192,00
	Apego inseguro	47	40,70	1913,00
	Total	110		
Visión del problema.	Apego seguro	63	65,65	4136,00
	Apego inseguro	47	41,89	1969,00
	Total	110		
Respuesta resiliente.	Apego seguro	63	59,80	3767,50
	Apego inseguro	47	49,73	2337,50
	Total	110		

Tabla 30. Significación estadística para la prueba U de Mann-Whitney de los suprafactores de resiliencia y los estilos de apego seguro-inseguros

Estadísticos de prueba ^a				
	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
U de Mann-Whitney	996,000	785,000	841,000	1209,500
W de Wilcoxon	2124,000	1913,000	1969,000	2337,500
Z	-2,932	-4,208	-3,870	-1,640
Sig. asintótica (bilateral)	,003	,000	,000	,101

a. Variable de agrupación: Apego seguro T < 50 = 1 Inseguro si T > 50 = 2

Esta prueba muestra que en tres de los cuatro suprafactores, existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas seguras e inseguras. Por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, es decir, que las personas con apego seguro tienen puntuaciones estadísticamente más altas que las personas con apegos inseguros en los suprafactores Condiciones de base, Visión de sí mismo, y Visión del problema.

Por el contrario, se acepta la hipótesis nula, es decir, que no hay diferencias estadísticamente significativas en el suprafactor Respuesta resiliente entre las personas con apego seguro y las personas con apegos inseguros.

9.4.1.5. Hipótesis 5

La seguridad del apego correlaciona significativamente con los factores de resiliencia de las personas afectadas por el cáncer.

Dado que la dimensión D1, Seguridad del apego, es la dimensión que representa el estilo de apego seguro, se ha procedido a observar la correlación de esta dimensión con cada uno de los factores de resiliencia.

Tal y como muestra la tabla 31, existen correlaciones estadísticamente significativas entre apego seguro y Autonomía, Satisfacción, Vínculos, Redes, Modelos, Afectividad, Autoeficacia y Aprendizaje.

También puede observarse que la dimensión Seguridad del apego no correlaciona significativamente con los factores Pragmatismo, Metas y Generatividad, que son los factores integrantes del suprafactor Respuesta resiliente. Este resultado, pues, es coherente con el encontrado entre el suprafactor Respuesta resiliente y los estilos de apego.

9.4.1.6. Hipótesis 6

El apego desorganizado correlaciona negativa y significativamente con los factores de resiliencia de las personas afectadas por el cáncer.

La dimensión D7, Traumatismo infantil, se relaciona con el estilo de apego desorganizado, si bien el cuestionario CaMir-R no hace una estimación de este estilo con la misma fiabilidad que con el resto, dadas las características del propio estilo de apego desorganizado.

Tal como se muestra en la tabla 31, este estilo no correlaciona positivamente con ninguno de los factores de resiliencia. Además, los datos señalan que se dan correlaciones negativas y estadísticamente significativas con los factores de resiliencia Autonomía, Satisfacción y Modelos. Se acepta parcialmente la hipótesis nula, es decir, que la presencia de un estilo de apego desorganizado no correlaciona con ningún factor de resiliencia, y que ese mismo estilo desorganizado correlaciona negativamente con los factores de resiliencia que tienen que ver con el grado de autonomía de la persona, su nivel de satisfacción y la accesibilidad a modelos.

Tabla 31. Correlaciones entre las dimensiones D1 Seguridad del apego y D7 Traumatismo infantil y los doce factores de resiliencia

		Zscore: Resiliencia factor F1 (Identidad)	Zscore: Resiliencia factor F2 (Autonomía)	Zscore: Resiliencia factor F3 (Satisfacción)	Zscore: Resiliencia factor F4 (Pragmatismo)	Zscore: Resiliencia factor F5 (Vinculos)	Zscore: Resiliencia factor F6 (Redes)	Zscore: Resiliencia factor F7 (Modelos)	Zscore: Resiliencia factor F8 (Metas)	Zscore: Resiliencia factor F9 (Afectividad)	Zscore: Resiliencia factor F10 (Autoeficacia)	Zscore: Resiliencia factor F11 (Aprendizaje)	Zscore: Resiliencia factor F12 (Generatividad)
Zscore: Apego dimension D1 (Seguridad)	Correlación de Pearson	,147	,356**	,318**	,022	,300**	,340**	,412**	,170	,273**	,255**	,204*	,095
	Sig. (bilateral)	,125	,000	,001	,818	,001	,000	,000	,077	,004	,007	,032	,324
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D7 (Trauma infantil)	Correlación de Pearson	-,080	-,194*	-,206*	,081	-,165	-,160	-,255**	,057	-,077	-,096	-,077	,030
	Sig. (bilateral)	,405	,042	,031	,400	,085	,095	,007	,556	,427	,318	,427	,753
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
**.					*.								
La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).					La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).								

9.2. RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO

9.2.1. PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio cualitativo son 8 mujeres entre los 40 y los 67 años de edad, con una edad promedio de 54,5 años. Excepto una de las participantes, que está divorciada, el resto están casadas. Todas ellas han tenido al menos un hijo.

En el momento en que fueron entrevistadas, seis de las participantes estaban profesionalmente en activo, una en el paro y otra jubilada. Es un grupo de mujeres con estudios universitarios en su mayoría, tres de ellas personal sanitario, tres personal docente y dos del sector servicios.

Todas las participantes han sido diagnosticadas de cáncer de mama, y se encuentran en situación de intervalo libre de enfermedad, es decir, sin actividad tumoral, con un intervalo de supervivencia de entre 1 y 9 años de duración, con un promedio de 4,5 años. Actualmente, cuatro de ellas están en tratamiento de hormonoterapia adyuvante.

En cuanto a su procedencia, están distribuidas de la siguiente manera: cuatro del Hospital Municipal de Badalona y cuatro de uno de los centros de asistencia primaria.

En relación con los tratamientos contra el cáncer, todas ellas han sido intervenidas quirúrgicamente y han recibido quimioterapia. La radioterapia ha sido un tratamiento adicional para siete de ellas, mientras que cuatro han recibido hormonoterapia adicional, y luego han seguido con ella como tratamiento adyuvante durante cinco años, tratamiento todavía vigente en la actualidad.

Por lo que respecta los estilos de apego de este grupo de participantes, se observa que cinco presentan estilos de apego seguro y tres presentan estilos de apego inseguro evitativo (si bien una de ellas está justo por debajo del límite para ser considerada apego seguro). No hay ninguna participante que presente un estilo de apego inseguro preocupado.

Finalmente, con relación a las puntuaciones en la escala de resiliencia de este grupo de mujeres participantes, se observan los siguientes datos. La puntuación total de resiliencia de estas participantes oscila entre los 220-230 puntos (tres participantes), los 240-250 puntos (3 participantes), y los 260-290 puntos (2 participante).

Y por último, si cruzamos los datos estilos de apego y resiliencia, encontramos que, en conjunto, las personas con apego seguro obtienen puntuaciones totales de resiliencia superiores a las personas con apegos inseguros. Por dimensiones y suprafactores de resiliencia, en conjunto, la distribución de puntuaciones es también superior en las personas con apego seguro.

9.2.2. REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD (RSE)

La dimensión **Representación Social de la Enfermedad (RSE)** se concreta en tres categorías que recogen aquellos aspectos expresados por los pacientes en relación con los significados que el sujeto atribuye a la enfermedad del cáncer, los miedos y las preocupaciones que le genera, y los efectos del diagnóstico así como las diferentes intervenciones terapéuticas.

Categoría	Concepción de la enfermedad
-----------	-----------------------------

El cáncer es, para la mayoría de las personas entrevistadas, un acontecimiento mayoritariamente de carácter grave, especialmente en la primera

toma de contacto con la enfermedad, es decir en el momento del diagnóstico. El cáncer despierta el miedo a la muerte, y se vivencia como una enfermedad con un alto grado de malignidad.

“El primer que penses és que possiblement et moris... és... el que penses, “potser em moro”. I llavors pues clar, fa por... fa por això... Sí..” **04M1968(23:25)**

“Pues una enfermedad... Lo relaciono con algo mal. Es una enfermedad mala. Lo relaciono con algo malo... Que cada día me entero de casos, de personas que cogen...” **05M1963(504:506)**

“(...) que és una malaltia greu i en molts casos mortal, evidentment. Però... bé, fins i tot en els casos més... més extrems, no deixa de ser una malaltia...” **07M1949(29:31)**

“(...) i la sensació aquella que evidentment tens de desespero, de què em passarà, de que el càncer és el càncer...” **08M1958(359:360)**

El conocimiento del diagnóstico de la enfermedad, cuando se confirma después de una primera sospecha por parte de la misma persona afectada, es uno de los momentos de más impacto emocional. En algunos casos es ella misma quien detecta que algo no va bien, en otros aparece tras un control médico rutinario. Sea como fuere, la sospecha inicial y la confirmación diagnóstica son el principio de una carrera de obstáculos plagada de miedos acerca de los efectos positivos y negativos de las intervenciones y acerca del pronóstico de la enfermedad.

“A ver el momento dijéramos más traumático fue cuando yo misma me toqué el tumor... o sea entonces pasé de estar ya sana de una enfermedad que había tenido y tener ganas de ir a trabajar y hacer vida normal a ver que me tenía que enfrentar con otra historia que a ver cómo acabaría... Me sentí evidentemente no muy bien” **01M1954(60:64)**

“(...) cuando me salió que era positivo, fue el Dr. MM en el Hospital de Badalona y... uuuffff fue un mazazo... Lo recuerdo muy mal porque no me lo esperaba nunca que me pasara eso a mi. No me lo esperaba. Siempre había... cuando había oído algo así del cáncer de mama y tal, siempre pensaba “Madre mía, qué mal lo tiene que pasar esa persona”. Pero cuando me lo diagnosticó a mi pues la verdad es que me quedé... Es que apenas escuchaba lo que me estaba diciendo. Muy mal. Bloqueada... totalmente...” **05M1963(47:53)**

“(...) la primera part la vaig sentir, tot lo demás que el metge va estar explicant, jo ja no vaig sentir res. Perquè el meu cap es va quedar com... bueno com tancat, no? Ja no... Suposo que en estat de xoc o una cosa d'aquestes que no t'enteres (...) Me'n vaig anar a casa i a partir d'aquí jo recordo que vaig estar com un mes plorant. Això sí que me'n recordo. Però va ser aquell mes, fins que em van operar. I després a la setmana

següent, quan vam tornar a anar, aleshores ja ets més conscient de lo que... t'has fet el teu procés mental i jo li vaig... bueno li vaig fer les preguntes, coses pràctiques, no?, de l'operació, del tractament, de com seria, com no seria...". 08M1958(64:76)

Con el paso del tiempo, influido probablemente por la inexistencia de recaídas, el significado de la enfermedad se puede llegar a modular, disminuyendo la potencia de la carga negativa.

"Actualmente no la relaciono con muerte en mi caso, todo y que hay otros cánceres que sí, yo creo que depende del diagnóstico y evidentemente del grado y del momento...". 02M1976(481:483)

"Haber sido al principio, ahora... esperemos que no... (ríe)... Bueno yo creo que no le doy tanta importancia como a veces pienso que hay mucha gente que le da esa importancia. Yo veo otras enfermedades que... que... a la gente les ha hecho mucho más... o... les está molestando todavía continuamente mientras que yo creo que mi vida se ha normalizado muchísimo. Hubo un tiempo que sí, que se trastornó mucho pero... pero hay otras enfermedades que yo pienso que no se hablan tanto, o sea que tienen esto como más... que la gente se asusta más o así, y sin embargo yo pienso que hay otras que de u n'hi do. A veces piensas, una persona que tenga... que tenga que estar pendiente de diálisis cada día, pues ya me dirás tú...". 03M1961(25:34)

"(...) ara després de... d'haver tingut la malaltia... vull dir ara és una malaltia com una altra, lo que passa que més greu evidentment... Vull dir, però... el tabú que pots tenir abans de tenir-lo davant d'aquesta malaltia pues evidentment que ja... ja no el tens...". 07M1949(23:26)

Para algunas personas, la enfermedad es algo indisociable de la salud y la vida; para otras personas es una experiencia catastrófica y de pronóstico incierto, que se asocia inevitablemente a la muerte a pesar de los adelantos biomédicos y al aumento de la esperanza de vida de las personas afectadas.

"(...) la gente tiene que saber, tendría que... o sea... tendría que saber... bueno tendría que saber o... es que realmente la enfermedad forma parte de la vida... Y la muerte forma parte de la vida... y no es... o sea si vivimos pendientes de que la muerte será una cosa horrorosa... lo tenemos claro, porque todos nos moriremos". 01M1954(655:659)

"Antes para mí significaba muerte y ahora bueno es una enfermedad grave, para mí significa esto". 02M1976(12:13)

"El primer que penses és que possiblement et moris... és... el que penses, "potser em moro". I llavors pues clar, fa por... fa por això... Sí...". 04M1968(23:25)

El conocimiento de la existencia de la enfermedad por la presencia de la misma en personas próximas (familiares directos y amigos), a las entrevistadas les reforzaría el sentimiento de gravedad y malignidad.

“(...) ahora ha cambiado... desde lo que yo pensaba... después de mi experiencia. Pero claro antes... tenía un tío que había muerto de cáncer y además mal...”.
03M1961(11:13)

“La palabra cáncer significa... destrucción... porque sí que lo he vivido. Además mi padre con 55 años con cáncer de páncreas... (...) Otro cuñado mío que lo quería muchísimo con 50... En fin, mi suegro también... Lo he vivido muy de cerca, sobre todo con mi padre lo he llevado muy mal... muy mal (...) Murió en el 92. Y en el 2000 me pasaba a mí. Entonces significaba muy mal, mal...”.
05M1963(19:25)

“(...) una malaltia que... va entrar a la meva vida d'una forma molt... amb molt mala llet, no només amb mi sinó amb un fill que vem perdre pues entre mig de... ell va començar primer, després vaig estar jo i entre mig del meu tractament, ell va morir. Vull dir que... ha sigut una experiència potent, potent. Molt potent...”.
08M1958(19:22)

Ocurre también que para alguna de las entrevistadas, la enfermedad despierta sentimientos de culpa, de responsabilidad por tener determinados comportamientos o actitudes que, desde la perspectiva de la persona interesada, tienen que ver con el origen de la enfermedad. Así, determinados estilos de vida se perciben como algo que la persona podría haber evitado, lo cual habría incidido en el origen del cáncer.

“(...) la primera sensación que tuve... a parte de miedo, era de culpabilidad. O sea yo me sentí culpable, cuando me dijeron “Tienes un cáncer”, pensé... “Pero ¿qué has hecho?”. Es como si yo me lo hubiera buscado. Es muy raro. No sé si hay más gente que... O sea que yo pensaba como que me lo hubiera buscado. Claro como a veces se dice que no se saben qué causas hay, que si no sé qué que si tal... y es verdad que yo estaba en un momento “atacá”. O sea en el momento que me lo dijeron estaba estresada perdida. Iba como loca, lo quería llevar todo y todo...”.
03M1961(474:480)

En algunas personas participantes se utiliza la palabra cáncer sin eufemismos, aludiendo a la necesidad de llamar a las cosas por su nombre, argumentando que no les proporciona ningún alivio el utilizar otros términos para referirse a la enfermedad que les ha afectado.

“(...) yo cuando me dicen “Ay que has tenido una enfermedad”, yo digo “He tenido cáncer”, la enfermedad no. ¿Qué es la enfermedad? He tenido cáncer o me estoy recuperando de un cáncer... Es que no sé... yo creo que a las cosas hay que llamarlas por su nombre”. 06M1957(219:222)

“Jo sempre li he dit pel seu nom. Vull dir, jo sempre he dit: el problema no és el nom sinó tenir-ho. Vale? Ja ho podem disfrassar del que volguem que no... no soluciona res disfrassant-lo”. 08M1958(57:59)

Categoría

Miedos y preocupaciones

El sufrimiento y el deterioro físico, las recaídas y la muerte por un lado, conforman un primer grupo de preocupaciones y miedos alrededor de la enfermedad.

“(...) lo que siempre he pensado que no me gustaría es sufrir”. 01M1954(14:15)

“(...) cierto temor de... de que haya alguna posible recaída”. 02M1976(24:24)

“El miedo mío era de morirme, y sobre todo era morirme y lo digo así de claro (...) O sea yo era miedo a morirme claramente. Eso fue el... el vértigo que yo tenía era ese, que yo pensaba “Ostras me puedo morir”. Incluso hubo un tiempo que yo iba por la calle y pensaba “Ostras a lo mejor es la última vez que veo pasar...” esos pensamientos sí los iba teniendo... “. 03M1961(102:109)

Los efectos derivados de los tratamientos así como las pruebas e intervenciones médicas configuran el otro grupo de miedos y preocupaciones en las personas afectadas.

“(...) también había la cosa, bueno la toxicidad ¿no?, del tratamiento. Y entonces... eh... bueno, habían sentimientos entrecortados. Un poco ambivalentes. Era una ayuda pero era tóxico”. 02M1976(194:196)

“Yo, mi obsesión era que no me quitara la mama...”. 05M1963(55:56)

“(...) em vaig fer totes les proves i tal que m’havia de fer... Clar cada prova... passes por! Perquè... bueno por per la prova... Després les proves no són doloroses... Però clar passes por pels resultats. Cada vegada que et fan una prova... Una era per mirar si tenia càncer als ossos, una altra la ressonància... I... bueno clar, cada prova vas passant por porque no saps... què et poden trobar de més... I clar pues ho vas pues això, és com una carrera d’obstacles” 07M1949(166:172)

Además, las intervenciones terapéuticas generan sentimientos ambivalentes, puesto que el tratamiento ha de proporcionar la curación de la enfermedad pero a la vez contamina el cuerpo y menoscaba la imagen personal y corporal, especialmente en la cirugía y la quimioterapia, que son los tratamientos con más efectos visibles.

“(...) también había la cosa, bueno la toxicidad ¿no?, del tratamiento. Y entonces... eh... bueno, habían sentimientos entrecortados. Un poco ambivalentes. Era una ayuda pero era tóxico”. **02M1976(194:196)**

“(...) estava molt emprenyada perquè cada quimio em trobava més malament, més malament... “El càncer no em matarà, però el que em matarà serà la quimio”. **04M1968(189:201)**

En la mayoría de casos, estas preocupaciones menguan en la medida en que el tiempo transcurre y las revisiones periódicas son positivas desde el punto de vista de la mejoría de la salud.

“(...) actualmente ya nada... Además en la última visita que tuve hace exactamente una semana me dijeron que ya habían pasado cinco años... y que... me visitaban en octubre y que si todo seguía saliendo bien me darían el alta...”. **01M1954(170:172)**

“(...) bueno claro va a hacer... 4 años que acabé los tratamientos, ahora va a hacer 4 de la radio y... y... entonces también lo veo de manera diferente... ya llevo un tiempo... unos años que no ha pasado nada... pero sí que recuerdo épocas de haber... haberme cuestionado “¿Veré a mis hijos adolescentes? ¿Veré a mis hijos adultos? ¿Llegaré?”. Ahora es como bueno... estoy en un momento más de calma, de decir bueno me hacen los controles... siempre está la... la angustia ¿no?, pero yo creo que está a un tanto por ciento muy bajo, pero está ahí y que reaparece con más fuerza cuando hay control o en las diversas pruebas que te vas haciendo...”. **02M1976(434:442)**

“Home... ara ja... la veritat és que no hi penso. (...) Ja he passat el període en el que tens més possibilitats de que... No ha passat. Al principi sí, cada vegada que tocava revisió... era un “Ay” quan anaves... Però quan ja “No, tot bé”, llavors uf, descansa, fins la propera. Però clar ara ja com que ja em van dir que a partir dels deu anys ja tenies el mateix risc que qualsevol altre de la població... vaig pensar “No crec jo que hagi de tenir la mala llet de que me torni a tocar una altra vegada, no?”. **08M1958(128:134)**

El miedo al dolor aparece como una constante en los relatos de las personas entrevistadas, al igual que el miedo a la muerte y a morir sin poder ver cumplidas las propias expectativas de vida y desarrollo (el crecimiento de los hijos, la vida de pareja, los proyectos personales...).

“El miedo mío era de morirme, y sobre todo era morirme y lo digo así de claro... no era tanto por mí sino porque yo tenía dos hijos, uno tenía 14 años y el otro tenía 8... o sea niños pequeños... Y yo siempre me acuerdo en mi cabeza “Si al menos tuvieran 18 años...” fijate tu qué tontería (ríe)”. 03M1961(102:105)

“Tenia por de no veure'ls créixer, de morir... tenia por de morir en aquell moment. Tenia molta por. Sí...”. 04M1968(125:126)

“Bueno jo no em volia morir sobretot per la meva filla, perquè era molt jove i necessitava molt d'ajut. Això sí que... això sí que en algun moment em va agobiar, no?”. 07M1949(757:759)

Se da el caso de que que el cáncer es un malestar que proviene del interior del propio cuerpo y que genera sentimientos y vivencias persecutorias, de alerta constante e hipervigilancia por cualquier malestar corporal que pueda ser inexplicable, disparando la alarma sobre una posible recaída; este sentimiento es mucho más habitual en los inicios de la enfermedad y en los primeros años después de finalizar los tratamientos.

“(...) actualmente ya nada... Además en la última visita que tuve hace exactamente una semana me dijeron que ya habían pasado cinco años... y que... me visitaban en octubre y que si todo seguía saliendo bien me darían el alta...”. 01M1954(170:172)

“Claro, después está la preocupación de que haya una metástasis. Esto es la psico y que va a ser para toda la vida...”. 02M1976(425:426)

“Bueno em preocupa quan em vaig a fer les proves. I després bueno... a veure sí que si tinc una molèstia dic “Ostia, no serà?”. A veure clar, qualsevol molèstia pues... que no sigui... No... A veure normalment no hi penso, només quan tinc alguna molèstia que no l'havia tingut fins aquell moment i quan em faig les proves, que llavors sí que passo 15 dies preocupada. Però després no hi penso gaire”. 07M1949(426:431)

En algunos discursos de las personas afectadas se observa la preocupación por las secuelas a largo plazo, aspecto sobre el que llaman la atención por ser un punto importante y del cual se sienten un poco “estafadas”, en el sentido de que nadie les ha informado acerca de estas complicaciones que se mantienen en el tiempo. Refieren también cómo socialmente estas complicaciones no acaban de entenderse y las afectadas tienen que lidiar no solamente con el estigma que representa la enfermedad misma sino con una imagen de persona curada pero fatigada permanentemente.

“(...) lo que más me preocupa o me molesta... son las secuelas... y que por otro lado, socialmente no se contempla que uno pueda tener secuelas. Hoy en día las quimio han mejorado mucho, y evidentemente las secuelas no son igual que hace 10 años ni 20. Pero ahora parece como que uno no tendría que tener nada, ya pasó la quimio, ya pasó tal y ya ha de estar bien... Casi es... el otro día lo hablaba con unas amigas que también han pasado por un cáncer de mama y... y decíamos que casi parece que la quimio fuera un poco más que un antibiótico. Pero sí que hay también esta visión de que uno ya... ya está bien y... y no puede tener achaques, estar cansado... esta fatiga continua y crónica o estar más sensible...”. 02M1976(415:424)

Categoría

Impacto de las intervenciones

En este primer momento las personas entrevistadas necesitan confiar en el equipo sanitario en general y en el médico en particular. El impacto emocional es de tal magnitud que las personas afectadas precisan y demandan información en diferentes momentos que les permita comprender y hacer frente a lo que les está pasando. Se valora muy positivamente la información comprensible, dosificada y promotora de un comportamiento activo para hacer frente a las intervenciones propuestas. Existen unas actitudes más proactivas que otras, si bien predomina un comportamiento activo para hacer frente a la enfermedad en todas las entrevistadas.

“(...) el ginecólogo me dio el diagnóstico... a ver, fue muy majo, la verdad es que estuvimos casi una hora... para una visita que normalmente era de un cuarto de hora... eh... Y si bueno me lo explicó muy detalladamente todo lo que... qué significaba el cáncer hormonodependiente, qué tratamientos clásicos tendría que hacer...”. 02M1976(56:61)

“(...) em vaig deixar portar, em vaig deixar a les mans del metge... A part tenia super confiança amb el meu doctor, a més era company meu de molts anys, ens coneixiem de feia molts anys... I ell amb el Dr. YY també pues em vaig deixar portar per ells i vaig fer justament el que ells em van dir... amb confiança... Això les dues operacions, la quimio... i després la radioteràpia...”. 04M1968(92:97)

“(...) la primera part la vaig sentir, tot lo demás que el metge va estar explicant, jo ja no vaig sentir res. Perquè el meu cap es va quedar com... bueno com tancat, no? Ja no... Suposo que en estat de xoc o una cosa d'aquestes que no t'enteres...”. 08M1958(64:76)

En algunos casos se da la necesidad de continuar la vida como hasta el momento, el llevar una vida “normal”, intentando reducir el impacto emocional de los tratamientos y los efectos secundarios.

“El primer moment sí que va ser una enfonsada... el primer moment quan et diuen el què... jo intentava fer el meu dia a dia però les emocions em podien, vale?”.
08M1958(350:352)

Los cambios en la imagen corporal son particularmente impactantes, probablemente más evidentes en este grupo de mujeres que han pasado todas ellas por una intervención quirúrgica.

“(...) el momento del diagnóstico yo creo que fue de los peores, de los peores. Y el día de la operación también... sí... Cuando me dijo que me la había quitado... que me la había extirpado toda la mama... muy mal... Me enfadé con todo el mundo... Luego no quería salir del hospital... era como mi refugio. No quería que me dieran el alta. Lo viví todo como un poco raro... sí...”. **05M1963(73:77)**

“(...) fue muy traumática cuando... el pelo... Eso es lo que peor recuerdo, cuando me tuvieron que rapar la cabeza, cuando se me empezó a caer el pelo que se me quedaba en las manos...”. **05M1963(117:120)**

En cuanto al deterioro físico temporal, se muestra como una preocupación más en un segundo plano, y se entiende como un “mal menor” tolerable siempre que sea para mejorar el estado de salud.

“(...) a las dos semanas de haber empezado la quimio se te cae el pelo, y esto es así y no hay otra”. **02M1976(912:913)**

“Hombre son duros pero a ver... yo los he llevado más o menos bien. Tampoco voy a decir... ni he vomitado ni... ¿sabes? No, no, no... Yo... bueno, me tiraba los primeros días así que venía un poco colorada, el aliento te huele a hierro, te notas ese sabor a hierro en la boca... pero bueno. Me mentalizo mucho de las cosas yo, me mentalizo. Entonces... yo ya sabía que lo tengo que llevar, y lo tengo que pasar y lo tengo que pasar, y estoy pensando que me estoy curando. Que cuando me los están dando me estoy curando”. **05M1963(161:166)**

“(...) es que yo no me lo tomé como... “Uf ahora tengo que ir a hacerme la quimio y fijate”. Pues no. A ver, ¿A qué hora tengo que ir? ¿A las 9? Pues yo a las nueve menos cinco en la puerta del hospital. No me lo tomé como “A ver cómo me encontraré” (...) Intenté tomármelo lo mejor que pude porque además eso era bueno para mí”. **06M1957(624:640)**

Se evidencian también sentimientos ambivalentes en relación con algunas de las intervenciones, especialmente la quimioterapia, un tratamiento que sintiéndose necesario para curar también produce los mayores efectos secundarios a corto y largo plazo. Las dificultades para concentrarse y la afectación de la memoria son las complicaciones más negativamente valoradas, después de los cambios producidos en la imagen corporal, especialmente evidentes como la caída del pelo. Estos efectos, además de ser incapacitantes, hacen evidente la enfermedad a los ojos de los demás.

“(..) a las dos semanas de haber empezado la quimio se te cae el pelo, y esto es así y no hay otra. Y entonces sí recuerdo que inicialmente esto me angustiaba muchísimo ¿no? Y... de hecho tuve muchas dudas si hacerme peluca o no hacerme peluca. Finalmente la hice por mi hijo, por si iba a buscarlo al cole para que no... no quedara tan señalado “Mira su madre está... tiene cáncer”... Y... y recuerdo que sí, que esto fue como muy angustiante”. 02M1976(912:917)

“Una altra cosa que em va... que em va deprimir moltíssim va ser el... veure com... com disminuïa el meu nivell de... cognitiu. Vull dir jo sempre havia... pues... bueno... m’agrada fer sodokus, m’agrada llegir, m’agrada... coses així, i jo feia sodokus de nivells extrems o nivells alts, i jo no podia. Es que no podia pensar. Jo no tenia capacitat. Jo... em llegia un llibre, una pàgina d’un llibre... i es que no m’enterava i me tenia que tornar a llegir una altra vegada i... vaig deixar de llegir”. 04M1968(232:238)

“(..) clar la quimio sempre és dura però vull dir... això ja em va donar... això ja va fer que estigués més tranquil·la que abans de l’operació perquè bueno... I llavors pues bueno ja va venir la quimio... Tothom t’espanta molt amb la quimio... Tothom et diu... Has vist pel·lícules... dels vòmits... També t’espanta molt la quimio”. 07M1949(202:206)

“(..) estava molt empenyada perquè cada quimio em trobava més malament, més malament... “El càncer no em matarà, però el que em matarà serà la quimio”. 04M1968(189:201)

Destacar también el impacto de las intervenciones en cuanto a la vivencia de gravedad de la enfermedad. Es decir, se recogen narrativas que asocian un mayor número de intervenciones terapéuticas a la vivencia de una mayor gravedad de la enfermedad, más allá del pronóstico objetivo de la misma. Las pacientes experimentan la impresión de que su cáncer es más grave si tienen que pasar por más de una estrategia terapéutica. En este aspecto es, no obstante, la información

recibida por el cuadro médico un elemento clave para mitigar las preocupaciones de las afectadas.

“Pues el tratamiento... mira... Al principio me dijeron que a lo mejor no tenía que usar ni tratamiento porque como me lo había extirpado todo tan bien... (...) y luego valoraron que sí (...) claro si primero me dicen esto y luego me dicen esto... “¿Es que estaba peor de lo que me estáis diciendo?”. 05M1963(94:103)

“Claro, hay veces que ellos mismos se contradicen, porque a lo mejor dicen una cosa pero entre todos piensan otra. Y piensan... yo creo que lo hacen por bien, porque sea para curarse en salud: “Mientras más tratamiento tengas más limpia te quedas”. Pero tú claro, al principio, eso lo identificas con “Si me tienen que dar más tratamiento es que estaba peor de lo que me estaban diciendo”. 05M1963(161:166)

9.2.3. CAMBIOS EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD (CPE)

La dimensión **Cambios en el proceso de la enfermedad** (CPE) se concreta en cuatro categorías que recogen los aspectos expresados por las pacientes en relación con el rol de persona enferma, los cambios experimentados en la concepción de la vida después del diagnóstico, así como los elementos facilitadores e inhibidores de este cambio.

Categoría	Rol de persona enferma
-----------	------------------------

Para las personas entrevistadas, ser una persona enferma de cáncer no ha de suponer un cambio en sí mismo. La persona con diagnóstico de cáncer es uno más, como los demás. Dar pena, que los demás sientan lástima o etiquetas similares es algo de lo que huye una persona que ha tenido la enfermedad.

“(...) no me considero diferente de otra persona que no lo ha tenido. Cuando se habla del tema pienso “ah mira tú también, ¿no?”. 01M1954(24:26)

“Cuando tu le dices a la gente que tienes un cáncer de lo que sea... das pena a todo el mundo”. 01M1954(123:124)

“Això que t'he dit abans que em pintava, que m'arreglava perquè quan vinguessin ells em veiessin amb bona cara... vull dir... Jo no volia... jo no volia fer pena a ningú...”. 04M1968(604:606)

“(...) lo que peor llevé fue lo del pelo. Muy mal. Muy mal... pero bueno, mi madre me dijo “No te preocupes. Iremos. Te haremos una peluca de pelo natural” (...) Me quedó superbién. Yo trabajo de cara al público y la gente no se dio ni cuenta de que iba con peluca. Y para mí eso sí ha sido muy importante eso, no porque la gente no se diese cuenta de.. de esto sino porque... no me gusta dar pena (...) Me gusta que me vean como soy yo no como “Mírala tiene cáncer, ay pobrecita”. No me gusta eso”. **05M1963(107:115)**

“(...) no vaig voler anar a cap grup d'aquests d'ajuda... No. No perquè preferia estar... amb gent que no tingués la malaltia... no amb gent que tingués la malaltia, perquè clar... No sé, la malaltia ja la tenia jo, vull dir que... que llavors... Clar, dic aniré a un lloc que hi haurà gent que estarà pitjor que jo, i en lloc de distreure'm encara em... em trobaré amb més problemes... i com el problema ja el tinc... pues no aniré a buscar més”. **07M1949(49:54)**

“A no ser una malalta perpètua, encara que moltes vegades ho sóc (riu) però bueno... no viure com una malalta, ni anar fent pena, que és una cosa que no he suportat mai anar fent pena perquè estic malalta, perquè ara tinc això ara tinc allò... Això no... no forma part de mi. I jo penso que aquesta forma de ser m'ha ajudat precisament a poder com a mínim... jo ser capaç d'elaborar totes les coses que em van bullint pel cap moltes vegades...”. **08M1958(408:412)**

Sin embargo, parece que la pérdida del pelo a consecuencia de la quimioterapia es un elemento que marca un antes y un después en la mayoría de los relatos, siendo un elemento diferenciador entre los sanos y los que están enfermos. Esa pérdida trae consigo la vivencia de que la persona está en una situación de enfermedad.

“(...) también fue como la primera... manera de ver que tú eras una enferma, que se te había caído el pelo, de que también esto te identificaba como enferma de cáncer ¿no?, que después claro, con las quimios y tal, toda la palidez... De hecho perdí las cejas, las pestañas casi todas pero... pero no sé, era como... como en ese momento que... te diferenciaba del resto... de la humanidad por así decirlo ¿no? Y recuerdo que al inicio no... pues esto era muy angustiante porque era en... en el proceso también... parte del proceso de sentir que estabas enferma y aceptar que estabas enferma ¿no?”. **02M1976(923:931)**

“(...) quan jo em vaig donar compte que estava malalta va ser el dia que se'm van caure les celles. A mí em van... o el dia que se'm va caure el cabell i tot això jo sabia que estava malalta, que tenia que fer-me la quimio, m'ho feia... Però bueno, més o menys... em feia por i ja està... Però el dia que se'm van caure les celles i les pestanyes... aquell dia em vaig passar tot el dia mirant-me al mirall i no reconeixent-me. La meva cara era com a qualsevol cara que podies trobar en un llibre d'oncologia, i no em reconeixia. I vaig pensar “Ara sí que realment estic fotuda, sí que estic malalta” i vaig trobar que sí que estava malalta”. **04M1968(27:35)**

No obstante, esta vivencia de persona con una enfermedad no lleva implícito un papel pasivo, sino todo lo contrario. Esta toma de conciencia con lo que significa ser una persona enferma parece permitir un comportamiento proactivo que se puede hacer presente tanto en el comportamiento interno (motivación para hacer frente a los efectos secundarios, utilización de imágenes mentales para tratar los efectos secundarios de la quimioterapia, etc.) como en el comportamiento externo (búsqueda de información, tratamientos complementarios a la medicina convencional, asistencia a grupos de ayuda mutua o actividades lúdicas)

“De no... no dejarme llevar solo por el “Soy enferma... receptora de diferentes tratamientos”... también la posición de decir “¿Qué puedo hacer yo?”. **02M1976(806:808)**

“(...) también se lo dije al doctor... cuando estuve allí le dije “Yo quiero saberlo todo... yo quiero saber el alcance de todo”, porque ahora tú ves que es un cáncer de mama pero claro... si hay una metástasis, si hay... hasta dónde puede llegar esto... yo tengo que saber todo”. **03M1961(112:115)**

“El momento del diagnóstico yo creo que fue el peor. A partir de ahí ya... ya te vas mentalizando, ¿no? Ya te van contando, lees, te informas... sabes de... parece que... te enteras de muchos casos que hasta ese momento parece que no estaban. Cuando te pasa algo parece que te vas enterando “Pues mira, fulanita, menganita” y entonces piensas pues bueno... bueno... Y parece que lo vas... que lo vas viendo de otra manera, te vas tu misma dando fuerza”. **05M1963(67:73)**

“A ver para mi ser una persona enferma de cáncer realmente... (...) hoy en día... nada... (...) bueno esto es un altibajo en mi vida, que evidentemente... yo ahora más o menos estoy bien... Que de aquí a un tiempo, pues no sé, por las circunstancias que sean se vuelve a reproducir... pues lo combatiré o intentaré hacer lo que los doctores me digan y tal, y enfrentar pues a todo. Pero... realmente... bueno, ha sido un... un bajón en mi vida. Y nada más...”. **06M1957(23:32)**

Categoría

Cambios en los comportamientos, en la concepción de la vida y en las emociones después del diagnóstico de cáncer

Existe prácticamente unanimidad en afirmar que en las personas que se han visto afectadas, la experiencia del cáncer, aunque innecesaria, produce cambios importantes en la concepción de la vida, de uno mismo y de los demás.

“(...) sí que para mí pues ha implicado un cambio muy importante en la vida (...) de ser más consciente de que la muerte está ahí, que no es para los... las personas de 80 años sino que a cualquier edad... con lo cual también es esto... sentir que bueno que uno... bueno... también sentir cierta fragilidad...”. 02M1976(483:487)

“Yo creo que... ojalá cambiara más la vida... Yo pienso... Ojalá más quiero decir que mantuviera ese... ese primer momento que tú piensas “La vida no es como yo la estaba llevando”. Yo pienso que más que eso es un pensamiento de “Yo he de cambiar mi vida”. Lo que pasa es que a veces como seguimos en los mismos sitios, con los mismos estreses, la misma historia... pues hay cosas que deberías de romper y de hacer y... no se hace... Pero yo creo que ese primer momento que tu dices “No, es que esto tengo que romperlo, tengo que cambiar en esto” porque claro tienes mucho tiempo y reflexionas muchas cosas...”. 03M1961(463:470)

“(...) estás en un tránsito que... que... te ves diferente. Ves que tu vida ha cambiado totalmente. O sea, tu antes eras una y después eres otra. Es un antes y un después, totalmente te cambia... “. 05M1963(232:235)

“A mi personalmente no. Ya me habían cambiado la vida otras experiencias que había tenido anteriormente por suerte o por desgracia...”. 01M1954(186:187)

Algunas personas manifiestan más intensidad que otras en estos cambios, dependiendo también de sus experiencias previas y según el impacto de otras situaciones concomitantes. Para unos, el cáncer es un episodio que deja marca de forma extraordinaria en la vida de la persona que le sitúa de forma inequívoca frente a la finitud de la vida.

“Lo que igual quizás vives un poco más... eres un poco más consciente de que puedes encontrarte bien y que en un momento igual que hice así (se toca) ostras cáncer de mama... pues... no sé... de la forma más inesperada de hoy para mañana puede haber un diagnóstico de esto o de otra enfermedad y cambiarte radicalmente la vida...”. 01M1954(213:217)

“Entonces claro que te cambia, te cambia por eso. Porque tú te das cuenta de lo efímero que es todo. Es que de momento ahora estás así y mañana no sé cómo vas a estar, te puede pasar cualquier cosa. Entonces en eso sí que cambias los valores, totalmente”. 05M1963(571:574)

“Home a veure... te la canvia... Home algo sí que et canvia, vale? Te canvia des de la perspectiva de que... de cop i volta que estàs bé, bueno de cop i volta veus que t'està passant una cosa que, jo a demés ho penso així, que és que gràcies a que m'ha passat en aquesta època... perquè si m'hagués passat fa 50 anys ja estaria enterrada!”. 08M1958(146:149)

A pesar del desajuste emocional que provoca en un primer momento, la enfermedad en si misma puede facilitar la movilización de los recursos internos y externos de la persona afectada, por un lado, y una mirada nueva a la realidad de la persona, tanto a la visión de si mismo y de los objetivos vitales que persigue, como de las relaciones con las personas que le rodean.

“(...) más sensible también me he vuelto... más sensible con muchos temas... con cualquier cosa que veo soy... más emotiva, más que antes quizás... Siempre he sido pero ahora más...”. **05M1963(38:40)**

“(...) pues eso... te hace, te cambia la... el panorama, la visión que tienes de todo y piensas “No, no. Yo tengo que ir por la calle incluso si puedo ir con media sonrisa ¿por qué voy a ir con la cara apretada?” ¿sabes lo que te digo? Te cambia mucho el esquema de las cosas. Valoras más la vida, lo valoras todo más. Y valoras las cosas porque piensas “bueno, yo ahora estoy pero...”. **05M1963(384:389)**

“(...) tengo que decir que... que después de todo esto... eh... como que he salido refortalecida... en mi... en mi misma. Valorando muchas cosas que quizás antes no valoraba... bueno no valoraba, lo valoro todo. Una pequeña conversación con un amigo, un café, un paseo... no tener cosas, porque eso para mi es lo de menos, ¿no? Pero bueno... Y entonces quito de mi vida o he quitado de mi vida cosas que no me interesan. Y me da igual. O sea si una persona en mi vida no me interesa porque no me trae nada... fuera”. **06M1957(144:151)**

“(...) si que aprendes a valorar les coses que tens i a relativitzar moltes coses que abans t'enfadaven i bueno eren injustícies i no sé què no sé quantos, i ara la veritat és que te la rempampinflan. En aquest sentit. A mi en més sentits tampoc. No... no veig coses de transcendència tampoc eh en el fet que m'hagi... M'ha canviat això, perquè has vist que... Vaig veure per primera vegada que havia un perill, que m'en podia haver anat, vale? Amb això sí, per ser conscient del que tens, i del que tens al voltant, i de les persones que tens al voltant, i com tu aprendes a valorar què és lo important i què és lo que no ho és. En aquest aspecte, sí. Ara a nivells transcendents no...”. **08M1958(153:160)**

Hay un cambio de concepción del tiempo, en el sentido que las personas afectadas refieren la necesidad de vivir más el día a día, disfrutar del momento presente. Se modifica la temporalidad de los planes de futuro, y se planifica a corto plazo o a medio plazo como máximo. En algunas entrevistadas la necesidad de disfrutar de una “segunda oportunidad” les lleva a modificar expectativas y temporalidades excesivas; en otros, el sentimiento de una posible recaída les lleva a “no perder el tiempo”. Sea como fuere, se tiene en mente el vivir con más plenitud y a hacerlo en el momento presente.

“Lo que igual quizás vives un poco más... eres un poco más consciente de que puedes encontrarte bien y que en un momento igual que hice así (se toca) ostras cáncer de mama... pues... no sé... de la forma más inesperada de hoy para mañana puede haber un diagnóstico de esto o de otra enfermedad y cambiarte radicalmente la vida...”. 01M1954(213:217)

“(...) bueno lo típico de decir “Esto ya lo haré”, pues no, si lo puedo lo hago ahora y lo hago ya porque ya veremos si podré... porque esté peor, porque puede haber reaparecido la enfermedad, porque las secuelas se hayan agravado, o yo qué sé...”. 02M1976(554:557)

“(...) ha cambiado la vida en respecto a que, por ejemplo... yo ahora vivo el presente, el día a día. No hago planes para la semana que viene porque digo “Bueno la semana que viene te lo digo el lunes o el martes si quedamos para el jueves”, por ejemplo. No quiero hacer planes a largo plazo”. 06M1957(241:244)

“(...) jo pues intento viure al dia. Bueno i una mica de perspectiva de futur, però bueno, sobretot el dia a dia. Això també ho vaig aprendre quan la quimio amb l'autoajuda. Sobretot el... el moment present”. 07M1949(525:527)

Se generan también sentimientos de poseer capacidades y habilidades hasta ahora ocultas y que se despliegan al contactar con el deterioro del estado de salud; la necesidad de cambiar o realizar nuevos proyectos personales pospuestos hasta el momento; el interés por otras áreas de la vida no descubiertas hasta entonces, y concebir cambios positivos y algunos negativos en las relaciones interpersonales.

“(...) también fue una ganancia la enfermedad... a ver si me explico (sonríe), porque claro, te limita, es una enfermedad pero a la vez siento que me dio la oportunidad de descubrí unas fortalezas mías que yo no pensaba, ni mucho menos, que las tuviera”. 02M1976(510:513)

“(...) siempre lo he pensado que tenía al lado una persona excelente..., pienso que dio muy bien la talla... que estuvo que como tenía que estar a mi lado... (...) Y para mí fue bien así. Entonces yo... no sé... me sentí muy respaldada con él, mucho... (...) en todo momento lo sentía a mi lado... Yo todas mis relaciones salieron mejor... sí... (...) de hecho, les escribí a cada uno de ellos una carta, cuando ya acabó todo el tratamiento... y a todos les hice llorar... (...) Todo lo que no les había dicho, lo que yo no podía decirles en aquel momento... yo lo necesitaba”. 03M1961(424:439)

“(...) a mi el que potser... més m'ha agradat entre cometes, perquè no m'ha agradat res del que he viscut, perquè hauria pogut viure perfectament sense tenir la malaltia i seria feliç o més potser... ha sigut el... el donar-me conte de que la gent que t'estima, ja t'ho he dit això, de la gent que tens al voltant que dóna, que fa per tu... (...) pues potser no m'havia donat conte d'això...”. 04M1968(724:731)

Las expectativas y las relaciones pasadas y futuras a la enfermedad pueden verse modificadas, y de hecho así ocurre en la práctica totalidad de las personas entrevistadas.

“(...) siempre lo he pensado que tenía al lado una persona excelente (...) pienso que dio muy bien la talla... que estuvo que como tenía que estar a mi lado (...). Y para mí fue bien así. Entonces yo... no sé... me sentí muy respaldada con él, mucho (...) Yo todas mis relaciones salieron mejor... sí... Con mi familia... Yo tenía una sensación de... de hecho, les escribí a cada uno de ellos una carta, cuando ya acabó todo el tratamiento... y a todos les hice llorar (...) Todo lo que no les había dicho, lo que yo no podía decirles en aquel momento... yo lo necesitaba”. 03M1961(424:439)

“¿Cambios? Bueno quizás en las personas. En el sentido de que... por ejemplo... yo antes pensaba que tenía una serie de amigos pero he visto que de amigos no tenían nada. Y otras personas que he conocido que no las conozco de nada y me han arropado, me han mimado... están ahí...”. 06M1957(265:268)

En pocos casos las entrevistadas dan muestras de experiencias poco gratificantes relacionadas con las expectativas de apoyo depositadas en amigos y familiares.

“(...) las cosas sirven para todo, te das cuenta de que en la vida estás solo. Que naces solo y que mueres solo aunque tu marido esté a tu lado aunque tus hijas lloren mucho aunque tus compañeros “lo que necesites” etc”. 01M1954(143:145)

“(...) la gente aunque tenga muy buena voluntad bueno se cansa un poco de... de hacer de cuidador (...) Pero luego ya se hace crónico, la gente ya se acostumbra... “Bueno pues si te encuentras bien ya puedo salir”, “Si no necesitas nada...”. 01M1954(127:135)

La familia extensa y la familia nuclear, en su gran mayoría la pareja y algún familiar de primer grado, se vuelcan en el acompañamiento de la persona con cáncer. Las personas afectadas experimentan un sentimiento de gratitud hacia los familiares, y reconocen la dificultad de hacerse cargo de la situación, no solo por lo que la enfermedad conlleva (el acompañamiento en los tratamientos, la crianza de los hijos o la asunción de tareas domésticas, entre otros) sino por el cansancio que supone para los cuidadores.

“(…) una experiència també vull dir... Sí que ho he passat malament i hagués pogut viure perfectament sense passar-la, no calia, no? Però també he tret coses bones de la malaltia... (s'emociona). Això sí que me fa plorar perquè bueno te'n dones conte de la gent que tens al costat realment.. i la gent que s'aboca... I se va abocar molta gent... Els familiars... bueno familiars i amics, no?”. 04M1968(273:278)

En algunos casos, la enfermedad ha disminuido la capacidad de tolerar algunos comportamientos ajenos y algunas situaciones que hasta el momento la persona asumía. Hay una vivencia positiva, por una parte, en este cambio, porque algunas personas experimentan este cambio como una forma más auténtica de la expresión del sí mismo. Otras personas, en cambio, sienten este cambio como algo más negativo, porque se viven a sí mismas como con poca tolerancia y manifiestan este malestar con mayor enojo o rabia del que anteriormente podían ser capaces de expresar.

“(…) tu pasas o... a ser en primera persona y en primer plano de tenerte en cuenta (...) y eso no quiere decir desde la parte más egoísta (...). Pero sí de tenerte en cuenta qué quiero, qué no quiero, qué me apetece, qué no me apetece,... que a lo mejor antes siempre pasaban otras cosas por delante...”. 02M1976(523:531)

“(…) no quiero ni broncas, ni quiero... Porque lo veo todo tan absurdo, o sea, veo las discusiones y las cosas tan... como que... lo veo absurdo, lo veo tonto... el tener que discutir, el tener que pelear por tonterías... Todo eso ya como que me aburre, me aburre porque lo veo absurdo, ¿sabes? Porque veo la importancia de las cosas realmente...”. 05M1963(296:300)

“El caràcter m'ha canviat. (...) tinc menys paciència, diuen, que sóc més irritable. I sí que és veritat, que sóc més irritable que potser abans. O potser que ara... potser abans em callava les coses, penso, i ara no sé per què potser salto més o potser no m'ho... no m'ho callo. I llavors... això també m'ha portat una mica de problemes... bueno amb els fills, amb el marit...”. 04M1968(297:304)

Categoría

Elementos facilitadores del cambio

Los relatos de las personas afectadas hacen hincapié en algún aspecto que contribuye a este cambio. Estos ingredientes que facilitan o que las personas sienten que les ha facilitado el cambio son la vivencia del apoyo constante, desinteresado y sencillo de los familiares y amigos más cercanos.

“La familia, los amigos... están ahí apoyando, teniéndote en cuenta, teniéndote muy presente... que también es eso, no, tan solo que te digan “Hola” con un Whatsapp, que es que te digan “Estoy pensando en ti”. Esto ya es muy reconfortante. Después sí pues claro... también la psicóloga...” **02M1976(540:543)**

“Y... mi hijo también me enseña mucho por eso, porque él ha hecho Filosofía... Entonces a lo mejor, también puede ser... Con él he hablado mucho de muchos temas... y él me ha aportado mucho mucho bueno, mucho bueno... en que mi cabeza vaya para bien...” **05M1963(378:382)**

“Entonces ese vínculo, poco a poco se ha ido haciendo como más... más fuerte, más fuerte, más fuerte... Y entonces pues sé que las tengo para todo”. **06M1957(333:335)**

Categoría

Elementos inhibidores del cambio

No se destaca ningún elemento que disminuya la posibilidad de experimentar estos cambios a consecuencia de la enfermedad.

9.2.4. FIGURAS DE APEGO (FA)

La dimensión **Figuras de apego (FA)** queda delimitada en cinco categorías que recogen aquellos discursos expresados por las pacientes en relación con las figuras de apego de la infancia y la vida adulta, tanto familiares como no familiares, así como las características de las figuras de apego actuales.

Categoría

Figuras de apego familiares en la infancia

En la infancia, las figuras de apego de las personas entrevistadas han sido, en su mayoría, los padres. Las figuras de apego infantil, en este grupo de mujeres, quedan delimitadas a la esfera parental. Para la totalidad de las personas participantes, todas ellas mujeres, la relación con el padre ha sido más positiva que

con la madre, y ésta imagen paterna destaca como figura con cierta rigidez pero amorosa, cercana y que inspira confianza.

“Érem una familia... jo recordo la meva infantesa... una infantesa feliç, amb les seves coses. El meu pare tenia un caràcter fort i jo també, i unes bronques increïbles però bueno... No és lo que més sinó que... prevalia l'amor que ens teníem tots que no pas les bronques...”. 04M1968(396:400)

“(...) yo con mi padre tenía una relación buenísima, ya te digo. Cuando mi padre murió lo llevé muy mal... Yo, mi padre... muy importante en mi vida, mucho, mucho... (...) O sea yo he tenido mucha confianza con él para hablar, de todo. Él te daba mucha confianza para hablar de todo. Por ejemplo si empezabas a salir con un chico... él te daba... Yo tenía mucha confianza con mi padre, y con mi madre también... pero con mi padre, para ser un hombre, más”. 05M1963(697:704)

“(...) he como conectado más con mi padre que con mi madre, no sé por qué... (...) Y mi padre pues quizás era un poco más... (...) Tolerante (...) La verdad es que bien. No sé por qué ahora me acuerdo mucho de él... Y a veces le digo “Padre, donde estás ayúdame que estoy aquí” (rie)”. 06M1957(420:436)

“Amb el meu pare... era un home molt obert que li agradava... li agradava tot, la vida, sortir, caminar, ballar, cantar... tot lo contrari que la meva mare”. 08M1958(225:227)

En dos casos se habla de una relación negativa con la madre, y se trata de figuras maternas que se viven como poco flexibles, rígidas, físicamente frágiles y en ocasiones poco sensibles a las necesidades de atención de sus hijas, o incluso ausentes. Cuando la relación con la madre ha sido valorada como positiva, ésta es descrita como alguien con tendencia a la sobreprotección de los hijos, con sentido práctico y orientada a resolver problemas cotidianos.

“Era una persona molt... molt delicada, era una persona bueno... molt fràgil se li diu. (...) Havia estat a punt de morir-se quan tenia 14 anys... però sempre ha estat malalta. I sempre havia estat i el meu pare havia estat fort (...) Es trencava... tenia osteoporosi i es trencava per tot arreu... Era molt... molt dèbil la meva mare”. 04M1968(355:358)

“Amb els meus pares pues han hagut èpoques de tot, sobretot amb la meva mare. És la que ha sigut més conflictiva...(...) Bueno per la forma de ser, per... perquè té un caràcter molt mandon... vale?, no sé... y... amb una forma de ser molt rígida!”. 08M1958(220:225)

“(...) he como conectado más con mi padre que con mi madre (...) Siempre... me he llevado bien... a ver, me he llevado bien con los dos pero mi madre como que era más estricta, más... “Aquí se hace esto y punto”. 06M1957(420:423)

“(...) con mi madre he tenido una relación más simbiótica tal vez (sonríe) porque también... yo creo, que marcó mucho la muerte de este bebé... y entonces pues bueno... pues también había este punto de esta madre típica sobreprotectora con una hija, yo... con tendencia a enfermar, sobre todo por un tema respiratorio...”
02M1976(628:632)

“(...) porque ella ha sido una mujer muy práctica que eso yo también pienso que también... para mi ha sido mucho ejemplo mi madre, muy práctica, muy de pies a tierra, muy del pan pan y el vino vino. Y esto también te marca mucho... sí... Muy de pies a tierra, de decir “esto es así”, y eso yo sé que me ha ayudado mucho en la vida...”. **03M1961(618:623)**

En una de las personas participantes, las funciones parentales parecen ser asumidas por los abuelos, mejorando las relaciones con la persona entrevistada.

“El pare estava molt absent... vull dir, no estava molt per casa (...) Els meus avis eren molt potents... vull dir, tenien una personalitat forta i a mi pues... bueno a mi em van... ells em donaven seguretat (...) el meu avi era! Una presència que et donava seguretat, eh. Sempre estava allí, no tenia mai cap daltabaix... però tampoc em preguntava res, però em donava seguretat de veure'l allí assegut, sempre igual, la mateixa presència... Vull dir, el meu pare, el meu avi encara ara em serveix de punt de referència...”.
7M1949(612:624)

En algunas de las narrativas se verbaliza el papel de los hermanos mayores como figuras de apego durante la infancia, que vendrían a complementar el rol protector de los padres.

“(...) mi hermana mayor es una mujer con mucho carácter... (...) Ahora, que no nos toque nadie... que no nos toque nadie porque... porque es una leona. Yo creo que es un poco como esa figura protectora que mi madre... no por Dios que mi madre nos ha cuidado mucho y eso... pero mi hermana es como la leona protectora”.
03M1961(632:635)

“Home la meva germana ummm... és... és boníssima. A la meva germana bueno... som... tenim una forma de pensar molt similar, som molt diferents, però tenim una forma de pensar les coses importants molt igual (...) la meva germana ha sigut, ha fet sempre de germana gran”. **08M1958(213:219)**

“Yo con mi hermana... he tenido una relación muy especial, y con ella hemos llorado mucho juntas, hemos reído mucho juntas... y hemos salido del hueco juntas... Para mí... mi hermana es muy especial. En ese sentido... Y... sí... tenemos esa relación porque claro hemos vivido cosas juntas... Con mi hermano... ha sido amigo de juventud, él era de mi grupo... y con él seguimos yendo mucho. Su grupo de amistad es mi grupo de amistad...”. **03M1961(655:660)**

En la gran mayoría de las entrevistadas, se habla del período de la infancia como una época feliz a pesar de existir algunas dificultades, sobre todo de tipo económico, o por la presencia de alguna dificultad familiar mantenida en el tiempo (concretamente la existencia de hermanos menores con alguna discapacidad física o mental).

“(...) tal vez sí... la gestión más de enfados, de rabias... tal vez... tal vez por esta hermana que yo... con esas dificultades... yo me puse en una posición de ser una niña muy buena, de no dar problemas... porque ya había la... la... la otra hermana que tenía unos problemas ya inherentes ¿no?”. **02M1976(864:867)**

“Érem una familia... jo recordo la meva infantesa, una infantesa feliç... una infantesa feliç, amb les seves coses. El meu pare tenia un caràcter fort i jo també, i unes bronques increíbles però bueno... No és lo que més sinó que... prevalia l'amor que ens teníem tots que no pas les bronques, que sí que n'hi havia també...”. **04M1968(396:400)**

Categoría

Otras figuras significativas en la infancia

No se menciona ninguna persona significativa en particular fuera del entorno familiar durante la infancia, aspecto en el que coinciden todas las personas entrevistadas. Aunque se mencionan grupos de amigos en general, no se concreta ningún referente significativo que pueda ejercer como figura de apego.

Categoría

Figuras de apego familiares en la edad adulta

Las figuras de apego en la edad adulta son mayoritariamente las parejas de las participantes entrevistadas. Las parejas acompañan en los momentos más duros del proceso de la enfermedad, como es el diagnóstico del cáncer y en los primeros tratamientos.

“(...) mi marido es quien más me apoyaba, me acompañaba a la quimio y todo esto...”. **01M1954(289:290)**

“(...) a veure avui en dia és més la persona de referència ell que no pas la meva germana, vale? El que passa que bueno per això al separar... I amb ell pues... no sé... és tot! (riu). Després... sí, perquè sempre hem tingut molt bona relació. Hem parlat molt sempre, les coses les hem consensuat... Ell és una persona pues... encantadora... No sé... No tinc queixes! (riu), hasta inclús m’ha donat un ronyó, o sigui que!! (riu) Què més coses ja no es poden tenir!! Molt bé, molt bé...”.
08M1958(279:284)

Solo destacan dos personas en las que la figura de referencia no es la pareja, y se trata de personas con una relación marital deteriorada o nula. En estos dos casos, el referente principal pasa a ser la madre o el hijo o la hija.

“Yo con mi hijo muy bien, cada vez más. Porque después de todo esto yo me uno mucho con él. Para mi él es muy importante. Él a mi me salva la cabeza. Tú porque lo has tratado poco rato pero... es una persona que te infunde mucha... mucha paz, ¿sabes? Te habla las cosas de una forma que... te transmite mucho... te transmite mucho sosiego y mucho... Te hace ver las cosas... hay veces que tienes la cabeza mal, y sin embargo, yo me pongo a hablar con él y como que uf, se me va todo, ¿sabes? Entonces estar con mi hijo en casa pasando toda la enfermedad incluso...”.
05M1963(929:937)

Cuando las figuras de apego son las figuras parentales, mayoritariamente las madres, realizan una doble función: de acompañamiento en los tratamientos, y complementando y ayudando en las tareas domésticas o en la atención de los hijos.

“Mi madre... ahora mismo mi madre. A ver la que más me ha acompañado en todo es mi madre. Mi madre ha estado aquí con todo, siempre. La otra vez mi hermana venía a la quimio, pero mi madre es la que estaba aquí en mi casa conmigo, todo el tiempo. Hacía comida... todo! Mis manos y mis pies eran mi madre. O sea que la que... que más ha estado conmigo ha sido mi madre. Mi hermana, sí que venía pero... al médico, o me... pero mi madre...”.
05M1963(801:806)

En una de las personas entrevistadas, la presencia de la figura paterna, ya fallecida, sigue estando presente en su mente, como una figura de soporte y ayuda.

*“No sé por qué ahora me acuerdo mucho de él... Y a veces le digo “Padre, donde estés ayúdame que estoy aquí” (rie)”.
06M1957(420:436)*

Otras figuras de la familia son los hermanos y hermanas, especialmente cuando la relación durante la infancia ha sido valorada positivamente, y en casos minoritarios las cuñadas y los cuñados participan de esta función de soporte doméstico o emocional.

“Y mi hermano, éste vive fuera de Barcelona, y tenemos buena relación, lo que pasa es que bueno nos vemos de vez en cuando pero hay buen rollo afectivo...”
.01M1954(264:266)

“Sí que en toda mi enfermedad pues bueno... estuvieron muy pendientes. Mi hermana muy preocupada y.... me llamaban cada día (...), cómo estaba, cómo no estaba... llevaba la cuenta si tenía que hacer quimio, si tenía que hacer pruebas (...) Y realmente sí, pues... se volcaron mucho y de aquí también mi padre...”
02M1976(644:654)

“(...) somos como mucha piña. Vamos... pero es que siempre hemos sido bastante así porque claro... al estar muy juntos en edades... pues hemos ido con amigos en grupos... de amistad... Los hijos han crecido también...”
03M1961(563:566)

“Clar ens coneixem des de joves i... pues som amigues també. No només som cunyades sinó que ens coneixem de sempre, (...) les cunyades em trucaven a la tarda per fer un cafè i que em ventilés i veien que... que era lo que necessitava i... sense demanar-ho jo... Elles ho van veure i ho feien, no? I això s'agraeix molt...”
04M1968(492:505)

Una de las personas entrevistadas, con fuertes convicciones religiosas, destaca un pariente cercano, religioso, que de manera puntual ejerce una influencia positiva en el proceso de curación de la persona entrevistada.

“(...) los hermanos de mi padre... son una gente muy... especiales. O sea, son una gente que... son muy religiosos... los tres, un poco... demasiado ya te digo eh... Pero en concreto hay uno que es un ermitaño... y es una persona que en su manera yo creo que también me ha ayudado... Y ellos han estado bastante alejados de mi familia... de mi padre no, ya te digo que los cuatro hermanos... Pero su manera de ser delante de la vida... bueno, yo lo admiro ¿eh?”
03M1961(911:916)

Categoría

Otras figuras significativas en la edad adulta

Los amigos, algunos especialmente, constituyen figuras de apego no familiares durante la edad adulta. En algunos casos son amigos de la infancia, pero en otros casos, estos lazos se generan con amistades surgidas después del inicio de la enfermedad y que establecen una relación de proximidad emocional con la persona afectada.

“Yo tengo amigas... que sí que son... son importantes (...) Estas amigas, amigos, grupos... tenemos un grupo de seis, son dos matrimonios... y... con nosotros, y los hijos, hemos viajado también bastante juntos, nos hemos ido los veranos... porque los niños por ejemplo, ella (una) es madrina de uno de mis hijos, yo soy madrina de su hijo mayor... Con la (otra) también bautizamos los nenes juntos... o sea... Tenemos mucha relación y hemos viajado juntos... hemos hecho mucho...”. 03M1961(796:804)

“Quizás hay una persona que tengo que... a ver con todas tengo... pero bueno con esa persona no sé si es porque... se ha volcado como un poco más en mí o quizás yo me he sentido... digámoslo así, mimada por ella... Una de ellas... (...) es como si fuera mi madre! A ver, en el sentido de que... de que me llevo muy bien con ella. Ella cuando me tiene que decir “Que te has equivocado”, pues me lo dice. O “Que eso no es así”... Y bueno... pues me siento... muy bien con ella, me lo paso muy bien... no sé, me siento... pues eso, arropada. A veces le digo “Pues si es que tu eres como una mamá clueca, nos quieres tener a todos debajo de tus alas y protegernos, que no nos pase nada”. 06M1957(597:608)

“Una companya que... bueno, que estava... vem estar juntes des del principi a la feina i mica en mica pues vem fer... Però a partir de que jo vaig estar malalta... va haver un canvi sustantiu en la seva relació... per millor, sí... (...) estava cada dia aquí... Me donava molt de suport, moral, anímic, vale?, d'estar al teu costat. No de que em fes res especial, però el fet de que vingués i de que poguéssim xerrar una estona... va ser una miqueta una referència”. 08M1958(325:331)

Una de las personas entrevistadas destaca la presencia de una figura que, sin ser de la familia, hacía las funciones de una “abuela” (había acompañado a la familia y conocía a la entrevistada desde una edad bien temprana).

“Anteriormente era ella, esta abuela... por decirle así... porque bueno... pues sí... porque la mayoría de cosas las trataba más con ella, y ella hacía esta función...”. 02M1976(690:692)

Categoría

Características de las figuras de apego actuales más significativas

En los relatos, resulta difícil hacer una caracterización de las figuras de apego actuales. En algunas ocasiones aquello que las caracteriza es su facilidad para empatizar o ponerse en el lugar de la persona afectada a tenor de sus vivencias personales o bien de su experiencia previa con familiares que anteriormente fueron afectados por el cáncer.

“(...) una persona capaz de entender muchas cosas, tanto a nivel de sentimientos de la gente como a nivel de... de lo que está pasando”. 01M1954(366:368)

“Primero la presencia continua. Y la estima. Y después la fortaleza también de ellos, de estar ahí... de... de ofrecer todos estos cuidados, de todo tipo... Y... sentir que te podías dejar cuidar por ellos... que estabas en buenas manos, por así decirlo. Por otro lado también son estilos muy distintos los tres... pero también cada uno desde su punto... desde... tal vez mi marido el más optimista, el que ponía ese punto de siempre ver lo mejor de todo ¿no? Mi madre más fatalista... pero... pero estando ahí y... lo típico de decir “Bueno por malo que sea, yo estoy aquí... y pa'lante vamos a ir” (se emociona). Y mi hermana... tal vez... sí, aparte de la parte más emocional también... una parte más de contacto con la realidad, yo creo, que me aportaba... no sé, no... así visto... pienso ahora mismo se me ha asociado así... De las cosas prácticas, del... de la realidad y...yo creo que... entre los tres hubo esta compenetración de roles, aspectos... que... que me apuntalaron en todas... en toda la enfermedad y después... y aún ahora (ríe)”. 02M1976(735:748)

En lo que todas las descripciones coinciden es a la hora de afirmar el amor incondicional y el apoyo constante en todo momento.

“Y yo creo que es eso, es que es su forma de hacer y de estar... pues estamos super cómodos... Sabes que si te enfadas... pues al día siguiente te vas a desenfadar... O sea somos incondicionales por así decirlo. Sobre todo este grupo”. 03M1961(823:826)

“Pues l'empatia suposo... i veure que t'estimen de veritat. I que són empàtiques (...) La seva empatia i la demostració d'amor...”. 04M1968(509:518)

“(...) es como si fuera mi madre! A ver, en el sentido de que... de que me llevo muy bien con ella. Ella cuando me tiene que decir “Que te has equivocado”, pues me lo dice. O “Que eso no es así”... Y bueno... pues me siento... muy bien con ella, me lo paso muy bien... no sé, me siento... pues eso, arropada. A veces le digo “Pues si es que tu eres como una mama clueca, nos quieres tener a todos debajo de tus alas y protegernos, que no nos pase nada”. 06M1957(602:608)

En otras ocasiones se valora también el optimismo de la figura de apego, su capacidad para resolver situaciones prácticas, o la complicidad con los estados emocionales de la persona afectada por el cáncer.

“(...) primero es una persona de pies a tierra, también... (...) Que eso a veces... yo pienso “Jolín que pesado”, o sea, pero a mí... me da seguridad, es lo que me refiero. Yo creo que me da seguridad, sí... Es una persona muy estable también. Emocionalmente no es una persona... inestable mi marido... Yo una persona inestable al lado no sé cómo la llevaría de verdad. (...) Por ejemplo él es muy recto, es verdad es muy recto mi marido (...) Y a mí es una de las cosas que me gusta de él. Es verdad. Una persona que es capaz de mantener o que tiene sus principios así, para mí es de admirar”. 03M1961(773:790)

“Pues que lo veo como quizás a mi me habría gustado ser... haber podido ser (...) lo veo muy inteligente. Lo veo una persona que sabe discernir bien las cosas, ¿sabes? O sea... no es que te dé la razón en las cosas, ¿eh? Si no te la tiene que dar te la da. Él... pero te hace ver las cosas que tú... te hace ver las cosas realmente como son (...) Él es muy... es positivo pero también hay cosas que tampoco no le da mucha importancia (...) Es como una especie de psicólogo para mí, es un psicólogo en una palabra (...) él sabe transmitir muy bien y tiene la cabeza muy bien amueblada también. No sé... Es muy maduro”. 05M1963(951:966)

“Que em fa riure... Que quan m'emboiro pues sap tocar la tecla que me... que me desemboira (riu). I que ho hem compartit sempre tot... (...) I és el... el meu suport actual, és el meu suport total y absoluto. Qualsevol cosa... és ell la referència (...) en moltes coses me fio més de lo que ell em diu, que és una persona calmada i tranquil·la, que no... Perquè jo moltes vegades sóc d'impuls i buaaa i podria...”. 08M1958(310:316)

O se destaca también la gran capacidad para hacerse cargo del malestar emocional y permitir otras maneras de comprender y experimentar los acontecimientos vitales.

“(...) diremos que fortaleza, que era una persona muy contenedora que a la vez... que a la vez pues... siempre te ayudaba a... a... a llegar a... a una solución o a... a ampliar tu visión, sería más bien ¿no?, de ver otras perspectivas u otras maneras de enfocar aquella cuestión, problema o... o alegría o lo que... o lo que fuera...”. 02M1976(760:764)

9.2.5. RELACIÓN ENTRE APEGO Y RESILIENCIA (AR)

La dimensión **Relación entre apego y resiliencia** (AR) analiza tres categorías que recogen los relatos de las participantes en relación con las capacidades interpersonales y de resolución de conflictos, las características y rasgos personales, y el apego resiliente.

Categoría

Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos

Una de las estrategias para resolver los conflictos es poder tomar cierta distancia con lo que estaba sucediendo para ir haciéndole frente en la medida en que las dificultades se iban haciendo presente, ocupándose de cada cosa a su tiempo, como una estrategia para poderse hacer cargo del malestar emocional y físico en cada parte del proceso de la enfermedad.

“(...) la manera que tuve de afrontarlo, yo pienso pues bueno yo creo que me funcionó fue defraccionarlo “Ahora me preocupó de la operación”, “Ahora me ocupó de la primera quimio, después ya vendrá la segunda”. Iba haciendo como escalas porque si no eran como asfixiantes todos los tratamientos”. 02M1976 (158:161)

“(...) ahora cuando lo ves desde afuera, ya que lo he pasado, te das cuenta mejor que cuando lo estás pasando, porque cuando lo estás pasando tienes que sacar fuerzas “Lo tengo que pasar y lo pasas”. Y lo pasas. Y yo “Bebe mucha agua”, y bebo mucha agua. Algunas compañeras decían “Es que yo no puedo beber” pero “Chica si te están diciendo que bebas, pues bebe agua”. Yo bebo todo lo que me digan. El caso es pasarlo bien. Yo estaba una semana o así y me iba a trabajar... me iba a trabajar. O sea yo no he dejado de trabajar”. 05M1963(204:210)

Existe en las narrativas de las personas entrevistadas un nexo común a la hora de rechazar el comportamiento pasivo frente a la enfermedad, en el sentido de hacer alguna cosa más a parte de seguir las prescripciones médicas. Se hace evidente la necesidad de hacer algo, de no quedarse a esperar pasivamente que la medicina convencional haga su efecto. Así pues, las participantes muestran capacidad para tolerar la frustración y un comportamiento proactivo, tanto para

seguir las pautas e indicaciones de los sanitarios como para complementar estas indicaciones con otro tipo de prácticas (psicoterapia, grupos de ayuda mutua, terapias alternativas).

“(...) paralelamente yo empecé a hacer cosas alternativas, de dieta, que me la ajustaban a los diferentes tipos de quimios y posibles efectos secundarios... (...) yo sentía bueno que iba haciendo cosas. Por ejemplo la dieta, o tomarme los complementos... pues era como ponerme un tanto activa en una situación en que estás como muy pasiva ¿no?, porque lo que haces es recibir. Y yo creo que esto también me ayudó a encararlo a más a más de que tenía un bebé en casa y... que quieras o no pues... tienes que ponerte las pilas”. 02M1976(269:277)

“(...) el primer momento como estaba angustiada porque la idea era que no quería morirme, lo primero que hice fue irme a la asociación del cáncer”. 03M1961(136:138)

“Pues la mente... la forma en que yo tengo siempre de... de... convencerme de las cosas, de mentalizarme (...) Para concienciarme de las cosas, para mentalizarme que tengo que hacer algo, pues lo trabajo mucho (...). El leer mucho, distraerme, ver cosas que me distraigan... (...) Hablando, pues sacando conversaciones de a lo mejor de cuando éramos pequeños con mi madre hablaba “Mamá cuéntame cosas del pueblo, cuéntame cuando eras joves”. Hablando de cosas... cosas para distraer (...) Controlar yo mi cabeza, no que mi cabeza me controle a mí... (...) Saliendo a la calle no mucho. Soy mucho de recluirme, no soy de... Porque otra persona diría “Pues me voy a la calle”. No. Como que me encuentro más segura en mi casa, sabes: porque no tienes que ponerte la peluca”. 05M1963(1029:1057)

“(...) jo amb la noia que em feia el Reiki pues vem... em va demanar que jo em pensés una imatge que a mi me representés la quimioteràpia, no? I aleshores jo me vaig fer la representació mental d'una font amb un broc ben gros que era d'aigua netejadora. I aleshores cada vegada que jo anava a fer-me la quimioteràpia jo tenia aquesta imatge al cap. Va ser això o no?, no ho sé, vale?, el cas és que jo d'efectes secundaris en vaig tindre pocs, vale?”. 08M1958(86:91)

La actitud frente a la enfermedad también es importante para estas participantes, que tratan de ver la parte positiva a toda costa: aprovechar el tiempo disponible, organizar los horarios de forma distinta, disfrutar de momentos y situaciones cotidianas.

“(...) antes las dificultades pienso “Bueno, aquí hay un problema. Vamos a mirar de tener la solución”. O sea, no me... no me quedo con el problema como hay personas que “Ay fíjate tu, ay que...”. No. No, porque eso a mí no me interesa. No quiero tener... Entonces siempre miro el lado... pues quizás el lado positivo de las cosas. O no quiero que los problemas se me enquisten. Entonces digo “Hay que seguir pa'lante, y pa'lante”. Entonces me considero una persona luchadora, sí...”. 06M1957(701:707)

“(...) intentant... en el meu cap fer-me la... com el propòsit, la idea, la meta de dir que tenir que poder jo més, vale?, i que no podia deixar-me vèncer per una malalta (...) de dir bueno jo vull mantenir-me activa, jo vull fer qualsevol cosa i ho haig d’aconseguir, i si jo m’ho proposo, jo ho aconseguiré, vale? (...) i sempre donant-li aquest canvi de color a la merda que és (riu) perquè no deixa de ser-ho”. 08M1958(341:349)

En la mayoría de casos, los cambios físicos más visibles son los que provocan un intento de resolución más rápido. Así, la caída del pelo, signo evidente de los efectos de la quimioterapia, promueve la búsqueda de soluciones; en unos casos para reducir la visibilidad de la enfermedad y el malestar asociado al hacerse notorio su estado a los ojos de los demás (pañuelos y pelucas), y en otros casos para adelantarse de forma operativa (cortarse el pelo).

“Con el tratamiento yo estaba sin pelo. Tenía que estar siempre fingiendo, ir con peluca... eh... pintarme un poco las cejas... salir a la calle y todo el mundo “Hola qué tal” como si no pasara nada...”. 05M1963(230:232)

“Yo fui cuando fui a la peluquería... dije “Va, ya se me cae mucho el pelo”, a quitármelo para ponerme la peluca... y también las cortinitas así para que no te veas... y yo dije “No, no, yo quiero verlo”. O sea, hay cosas que yo nunca... que nunca las has vivido... y no te queda otra que vivirlas. O sea es una cosa que tú no te la puedes evitar, por ejemplo, cortarte el pelo. ¿Cuándo yo me voy a ver que alguien me rapa así? Nunca en la vida. Pues no, yo dije yo quiero verlo”. 03M1961 (309:314)

Categoría

Características y rasgos personales

Solamente una de las participantes cree que sus características personales no han tenido demasiada influencia a la hora de afrontar la enfermedad, apuntando que quizás su comportamiento sereno y su actitud realista le han permitido asumir la realidad del cáncer.

“(...) las características de mi personalidad... no creo que hayan influido en esto”. 01M1954 (495:496)

“(...) sí hay dos características que quizás te digo... creo que soy una persona bastante serena y bastante realista... muy realista. Entonces creo que esto, juntado a lo que te he dicho anteriormente y a mi trabajo... me hicieron... asumir la realidad... Un poco es lo que toca”. 01M1954 (495:496)

En la mayoría de los relatos, sin embargo, las participantes describen rasgos personales como la positividad, la proactividad, el optimismo, la curiosidad, la introspección, la paciencia, y la resistencia.

“Y las ganas de vivir. Y por otra parte de ponerme en un papel, dentro de lo que podía, en un papel activo. Yo creo que esto también fue básico... De no... no dejarme llevar solo por el “Soy enferma... receptora de diferentes tratamientos”... también la posición de decir “¿Qué puedo hacer yo?”. 02M1976 (804:808)

“(...) no sé cómo decirlo pero... no voy a decir que sea contemplativa ni mucho menos pero... sí que... observar la realidad, analizarla, ver cómo pasa por mí... lo que está pasando alrededor, qué pienso, qué siento... ser un poco introspectiva por así decirlo... eso... de siempre he sido bastante así... Pues eso me ayudó. O sea eso creo que en ese momento me ha ayudado porque... o sea me ha hecho reflexionar sobre lo que estaba pasando. Por otro lado... he pensado que era una oportunidad de sentir cosas que no sentiría. (...) Y es esa curiosidad de decir bueno es un momento único... sea... sea malo... Es que hasta el dolor! Es un momento único...”. 03M1961(835:849)

“(...) les ganes de curar-me, no?, i de superar i de dir “Bueno, que passi i ja està”, no? I... no planyir-me gaire... I després pues la paciència (...) Jo m’ho prenia amb calma. No ho havia fet mai però em vaig trobar això... No tenia ganes de caminar, no tenia ganes de fer res... pues m’ho prenia amb calma. Era pacient. Era tranquil·la i pacient amb això...”. 04M1968 (564:570)

“Pues yo pienso que soy una persona positiva, una persona que lo veo todo por el lado bueno... me gusta ver las cosas por el lado bueno más que por el malo. Una persona positiva... más que nada...”. 05M1963(1125:1127)

“Soy una persona positiva. Entonces soy una persona luchadora, interiormente. Mis amigas me dicen “Es que eres una jabata”. Pero a ver por qué soy una jabata... “Hombre, te ibas sola a hacerte la quimio, a los médicos sola, a los no-sé-qué sola... Bueno pero hay personas que necesitan... Sí ya lo sé pero a veces... Yo creo que soy una persona positiva y... y luchadora”. 06M1957(696:701)

“(...) jo sóc molt positiva, (...) si ha de veure una cosa, mirlala positiva! Si després és negativa, ja l’aguantarem, però mentrestant com a mínim disfruta!” (...) jo sempre veig el got ple, i que jo tot ho veig bonic... Bueno, són les coses com són. Les vegis com les vegis, arribaràs igual”. 08M1958(236:240)

Categoría

Apego resiliente

Las personas entrevistadas muestran cómo el vínculo de apego con las personas significativas actuales les permiten afrontar de forma resiliente los

diferentes momentos de la enfermedad. La persona afectada siente la necesidad de tener cerca a su figura de apego; esto es particularmente evidente en el momento del diagnóstico, no solo por una cuestión práctica de recoger mayor información sino también por el acompañamiento y soporte emocional que implica la presencia de esta figura.

“Aprens a que... bueno a que la gent... com... com són de... les relacions no?, les relacions de... perquè tenim a la gent al costat i com pots comptar amb ella i que bueno que saps... que... que bueno que hi és d'aquí però jo també estic allà, vull dir que estem units per llaços d'unes relacions fortes... I que bueno... jo penso que és lo més important a la vida, no?, tenir bones relacions amb la gent”. **04M1968(653:658)**

“(...) de recolzament, bueno d'estar junts i així però més que res de superació”. **04M1968(703:703)**

“Yo con mi hijo muy bien, cada vez más. Porque después de todo esto yo me uno mucho con él. Para mi él es muy importante. Él a mi me salva la cabeza. Tu porque lo has tratado poco rato pero... es una persona que te infunde mucha... mucha paz, ¿sabes? Te habla las cosas de una forma que... te transmite mucho... te transmite mucho sosiego y mucho... Te hace ver las cosas... hay veces que tienes la cabeza mal, y sin embargo, yo me pongo a hablar con él y como que uff!!! se me va todo, ¿sabes? Entonces estar con mi hijo en casa pasando toda la enfermedad incluso...”. **05M1963 (929:937)**

“Evidentment amb ajuda, amb ajuda que tenia al meu voltant... de la família, dels amics que em venien a veure... i que te donaven...”. **08M1958(369:371)**

En otros momentos del proceso de la enfermedad, estas figuras de apego proporcionan una parte importante de la motivación que las participantes muestran para hacer frente a los imponderables derivados de los tratamientos médicos. La aparición de la enfermedad en una época en la que los hijos son pequeños es uno de los momentos más significativos y de los que despierta mayor carga emocional.

“Me lo pude combinar con que... lo hacía a primera hora de la mañana y... el hospital está de camino a la escuela de mi hijo mayor... Y entonces era atractivo en el sentido de que yo podía acompañarlo una parte del camino, con mi marido, a mi hijo ¿no? Y había este componente por otro lado más bonito o agradable (sonríe), porque claro yo no le acompañaba nunca a la escuela porque estaba con el otro bebé, aparte de estar super cansada... (...) fue una manera también de hacerlo más agradable en cierta manera (...) Y a la vez también me acompañaban también a mí en cierta manera hasta el hospital, luego yo iba sola, ellos cogían un autobús que llevaba a la escuela. Y también era como una cosa compartida: yo les acompañaba pero ellos me acompañaban también”. **02M1976(313:327)**

“(...) con la cara bien alta, tengo dos hijas... que no quiero que se desmonten... tengo un marido que te ayudará mucho pero hay que cuidarlo”. 01M1954 (412:414)

“Yo creo que el hecho de tener dos hijos también... o sea te hace tirar para adelante mucho, no sé otras personas. Yo pensé “No me puedo venir abajo, tengo que llevar a mis hijos al colegio y hacerles de comer...”, yo estaba dispuesta a todo. Y eso en parte te hace también venirte un poquito arriba”. 03M1961(188:191)

La relación médico-paciente es un vínculo de apego con una característica específica, dado que es la persona que les da seguridad en el plano específico de la enfermedad. La práctica totalidad de las personas entrevistadas valoran muy positivamente la relación y la atención personal del médico de referencia. La confianza depositada y la respuesta cercana y empática son rasgos distintivos en este vínculo afectivo.

“Y del doctor también, porque yo creo que fue un buen doctor... Es una pasada... cuando tienes una persona delante... te da... no es una tranquilidad, porque el susto lo tienes pero... él estaba sereno... “Hay esto, hay que hacer este tratamiento...” y así fue...”. 03M1961(89:92)

“(...) yo en la primera operación con el Dr. MM yo tenía una confianza tremenda, tremenda. Él me dio mucha... como un padre, como una... una protección. Yo me sentía muy protegida por él. A pesar de todo lo que pasé, con él tenía tanta seguridad... que me ayudó mucho a pasarlo todo”. 05M1963(132:136)

En el discurso de las pacientes se recoge la importancia que para ellas tiene la vivencia de estar en la mente de las personas allegadas, el saberse vivas y presentes en todo momento a partir de llamadas o mensajes a veces aparentemente triviales. Este sentir que los demás las tienen presentes en todo momento es un elemento que aparece en la mayoría de los relatos.

“Y yo sé que mucha gente mientras yo subía... que estaba... apoyándome... y yo, bueno esas cosas yo no sé cómo se pueden... explicar pero... pero yo sentía que no me iba sola para el hospital. O sea, es una sensación muy curiosa de verdad... Hay muchas cosas que te ayudan, muchas... y son muy pequeñas a veces. Yo eso por ejemplo el saber que había gente que me decía “Estaremos contigo”, “Me acordaré cuando subas”, “A qué hora vas”. O sea el hecho de que... yo sé que físicamente en esa hora había gente que sabía que yo subía para allá... era como si lo notara. Ya te digo que como sensaciones son una cosa extraña pero es así, subía así”. 03M1961(160:169)

Quizás un discurso muy llamativo en cuanto a este apego resiliente fue el descrito por una de las participantes, que mantenía un vínculo de apego muy significativo con su padre ya fallecido, pero al que recurría mentalmente como una forma de tener fuerzas para seguir adelante con el afrontamiento de la enfermedad.

“La verdad es que bien. No sé por qué ahora me acuerdo mucho de él... Y a veces le digo “Padre, donde estés ayúdame que estoy aquí” (rie) Sí...”. 06M1957(434:436)

Otra situación significativa y anecdótica es la descrita por otra de las entrevistadas, que mantenía un vínculo de apego con una persona con conocimientos sanitarios que le permitió hacer frente a la quimioterapia de una forma mucho más tranquila y desdramatizada.

“Tothom t’espanta molt amb la quimio... Tothom et diu... Has vist pel·lícules... dels vòmits... També t’espanta molt la quimio. Però amb això també vaig tenir sort perquè vaig anar a una farmàcia d’allí del barri i... aquella bueno, parlant... (...) i li vaig explicar a aquella dona i em va dir “A mi també me’n van operar” i em va ensenyar la ferida i em va dir “Això de la quimio no et preocupis, la gent s’espanta molt però la quimio”. M’ho va desdramatitzar. (...) I això també em va donar molta tranquil·litat. Aquella dona per a mi, sense conèixer-la de res, em va donar molta tranquil·litat”. 07M1949(204:215)

9.2.6. ROL DEL APEGO FAMILIAR (RAF)

Y finalmente, la dimensión **Rol del apego familiar (RAF)** contempla cuatro categorías que recogen los relatos expresados por las participantes en relación con la expresión emocional intrafamiliar, las funciones emocionales facilitadoras de la expresión emocional, las funciones emocionales inhibidoras, y las estrategias de afrontamiento de la familia.

Los diferentes relatos de las personas participantes muestran diversas formas de expresión de las emociones dentro del grupo familiar. En conjunto, las personas afectadas sienten que la familia es un espacio en el que se puede hablar de la enfermedad que las afecta, aunque con ligeros matices.

Hablar de la muerte o del miedo a que la enfermedad acabe teniendo un desenlace fatal es un tema prácticamente tabú.

“Claro por ejemplo mis hermanas me decían “¿Para qué tienes que ir a la asociación?”, les daba una rabia a mis hermanas mayores “Pero tu para que tienes que ir a nadie a contar las cosas, nos las cuentas a nosotras”, “Pues no os las voy a contar a vosotros”. Si yo por ejemplo decía “Tengo miedo a morirme”, yo esto no se lo decía, yo esto no se lo podía decir. Cómo iba a decirle a mi madre que tenía miedo a morirme”. 03M1961(289:294)

Las personas entrevistadas sienten que también ellas tienen que cuidar a la figura de apego, y que han de evitar expresar determinadas emociones o bien degradar la intensidad de las emociones y pensamientos por miedo a perjudicar al grupo familiar.

“Entonces sí que había momentos en que... bueno pues “Vete a correr si tienes ganas, ¿no?” y a lo mejor en aquel momento no me apetecía quedarme sola pero yo... también estaba pendiente de que él llevaba días sin moverse y es una persona que... que le gusta mucho hacer deporte y que no para quieta y que lleva 4 meses haciendo de cuidador... y que bueno no es extraño que si no le das un poco de espacio pues luego... esté más de mal humor o más cansado...”. 01M1954 (334:340)

“La caída del claro... la caída del pelo... lo llevé mal con mi madre... fue cuando ya me empezaba a caer... y dije “Vamos a comprar pañuelos”... yo así como... Y mi madre pobrecilla lloraba... yo eso que mi madre... que lo pasara mal, no podía. Yo para mí eso era ... fatal! Entonces intentaba estar bien para no verla sufrir “No, si no pasa nada mama sí...”. Pero es que yo no puedo... yo verlos padecer y eso... no... o sea para mí era peor”. 03M1961(283:289)

“(...) sí que li dic... sí que li explico coses, clar, li explico què em preocupa. Però hi ha vegades que... que... que no expliques de tot per... per... perquè penses que potser no t'entendrà o per no ser pesada... Sí, si que ho expliques però potser no tot de cop... Vas fent... no sé... es veu... Home tinc confiança amb ell, hem passat molts alts i baixos...”. 04M1968(475:479)

Se distinguen dos niveles de comunicación diferenciados en el grupo familiar, uno más extenso que es el de la pareja, y otro restringido que es el de las hijas e hijos. En la mayoría de los relatos, las participantes diferencian estos dos niveles. Si la persona afectada ha verbalizado tener una relación negativa o inexistente con la pareja, es cuando el hijo o la hija han cubierto ese vacío, pasando a ser la persona de confianza.

“(...) el no poder hablar... para mí... tranquilamente... según con quién de lo que yo estaba pasando, y entre ellos era mi marido... O sea yo no... bueno... mi marido, mi madre... los más allegados han... bueno ahora lo pienso y yo... uff. (...) yo no le podía decir ni que estaba desaminada por ejemplo, o que... (se emociona)... no... Es que piensas “Bueno bastante está pasando su... mal para que yo encima yo le venga con mis... mis preocupaciones o...” (...) Yo me acuerdo ya que cuando pasó todo y había pasado la quimio y eso, nos íbamos de viaje a... para Tarragona, no me acuerdo dónde íbamos... y me acuerdo de ir en el coche, los niños detrás, y me acuerdo de mirarlos y “Joder (a su marido), qué mal lo hemos pasado”.
03M1961(384:398)

“També... clar jo no volia enfonsar-me, jo volia veure els meus fills també, jo no volia que em veiessin malament. Això que t’he dit abans que em pintava, que m’arreglava perquè quan vinguessin ells em veiessin amb bona cara... vull dir... Jo no volia... jo no volia fer pena a ningú...”.
04M1968(602:606)

“¿Hablar de las emociones, de la enfermedad? Mi marido no... prefiere no “Ahora no saques temas de esos”. Él siempre ha rehuido de todo esto, pero toda la familia suya son así. Son de esconder la cabeza debajo del ala. Si no se habla no pasa nada. Y yo soy totalmente lo contrario, a mi me gusta hablarlo todo muchísimo. Y con mi hijo sí, él sí, con él puedo hablar de todo, además normalmente y cada vez que yo tenga ganas. Él me aconseja muchas veces “Mama tienes que escribir. ¿Por qué no escribes? Es buenísimo”
05M1963(1152:1158)

Las personas son conscientes de momentos en los que la irritabilidad y el enfado están presentes, situación que genera un doble malestar, por la propia dificultad para asumir las emociones negativas y por el efecto que produce en las personas que se encargan de la atención y el cuidado.

“(...) amb nens petits i tot això, pues ell estava ofegat de feina... Llavorens pues... crec... tenia mal acostumat potser jo que sé, llavorens... pues sí, pues... l’escapatòria del Barça i aixís pues... ell ho necessitava, i ho vec des de la distancia, des de la distància ho vec però jo en aquell moment m’emprenayava i bueno... sí, m’emprenyava i bueno cridava... i les bronques aquestes de mal caràcter que no m’agraden gens però que hem passat... sí...”.
04M1968(536:541)

En este grupo de participantes, la comunicación en el seno del grupo familiar no parece tener un estilo o procedimiento determinado, excepto para una de las entrevistadas que refiere un tipo especial de ritual o procedimiento para expresar sus sentimientos consistente en el redactado de cartas manuscritas a los miembros de su familia nuclear, donde les hace partícipes de sus emociones y pensamientos. Esta participante asegura que es su estrategia a la hora de comunicar aspectos que, de viva voz, le resultan difíciles de estructurar.

“Home jo sóc molt d’escriure’ls-hi... Els hi escric... Moltes vegades els hi escric cartes... (...) quan hi ha les coses en el present, moltes vegades les emocions fan que a lo millor no... no sigui capaç d’estructurar-me jo el pensament per explicar. En canvi, amb un paper jo començo a escriure i explico tot lo que... Però això ho faig tant amb el meu marit com amb els meus fills... Vull dir, quan els hi tinc que dir coses. (...) Aleshores els escric la carta i llavors si després necessiten pues... aleshores ja són capaços de parlar. (...) Això és una cosa meva! He sigut capaç d’estructurar-me jo sense... sense que les emocions se me fiquin pel mig i no les pugui controlar i aleshores barregis el que dius... perquè a mi això quan estàs molt nerviosa o el que sigui... comences a parlar i és com si les coses se m’anessin creuant. En canvi, quan escric... (...) Aleshores ho explico així, els hi dono i a partir d’aquí... en parlem!” **08M1958(441:454)**

El relato de las personas entrevistadas también coincide en señalar a los cónyuges como los miembros del grupo familiar que soportan más las comunicaciones de malestar, enfado y tristeza por la enfermedad misma y por las consecuencias de los tratamientos. En muchos casos, es la propia persona afectada por el cáncer quien actúa como figura de contención emocional de la pareja.

“(...) el no poder hablar... para mí... tranquilamente... según con quién de lo que yo estaba pasando, y entre ellos era mi marido... O sea yo no... bueno... mi marido, mi madre... los más allegados han... bueno ahora lo pienso y yo... uff. (...) yo no le podía decir ni que estaba desaminada por ejemplo, o que... (se emociona)... no... Es que piensas “Bueno bastante está pasando su... mal para que yo encima yo le venga con mis... mis preocupaciones o...” **03M1961(384:392)**

El sentido del humor como estrategia para desdramatizar las emociones y vivencias es un elemento que aparece en diferentes relatos acerca de las formas en que los miembros de la familia hablan de la enfermedad. Acostumbran a ser las

personas afectadas las que hacen gala del sentido del humor en momentos de tensión.

“(...) em vaig rapar... no va ser una tragèdia ni molt menys. Jo me’n recordo fotos rapada “Mira, pues no em queda tan malament. Bueno pues calva tampoc estic tan malament”. I de broma... el meu marit és calvo i (jo) anava dient “Som dos”
04M1968(179:182)

Categoría

Funciones emocionales facilitadoras de la expresión y contención emocional

Las personas entrevistadas verbalizan que pueden hablar de la enfermedad con los miembros de su grupo familiar, dando un mensaje de aparente calma, sin dramatizar la situación y sin dar más detalles de los considerados necesarios. Se reconoce la necesidad de tener una actitud prudente a la hora de hablar con la familia para que ésta no se sienta tan impactada que acabe viendo desbordados sus recursos internos.

*“Mis hijas llora que te lloraré y entonces dijo, bueno, a ver esto se cura... no os preocupéis, no lo normal es que me cure aunque ahora me tendrán que hacer quimio... que patatín que patatán... y hablamos todos, todo el mundo sacó lo que tenía... Y bueno... Pero en aquel momento yo también estaba pendiente de que ellas no... haber en este momento la pequeña tenía 17 años, pues bueno... que tampoco... que lo asumieran lo mejor posible... y no les empecé a decir “Y me buscan metástasis y si encontraran esto ya sería que me voy al otro barrio en poco tiempo”. **01M1954 (448:455)***

*“(...) existe entonces un circuito familiar que también sigue funcionando y que según como se puede desmontar bastante o se puede... Si llegas allá llorando diciendo que tienes metástasis, que te vas a morir de aquí 6 meses, que no lo aguantas... bueno todo el mundo se pone fatal, o sea...”. **01M1954(671:674)***

“(...) els meus pares fins que no... vaig entrar al quiròfan, no... O sigui, sabien que m’havien de treure un bultet, però que no sabíem... I quan... quan vaig entrar a quirofan aleshores la meva germana... La meva germana sí que ho sabia... La meva germana i el meu marit els hi van dir, que era dolent, no? Perquè además va coincidir que la germana de la meva mare estava molt malament i poc temps abans d’operar-me jo, precisament es va morir! I aleshores la meva mare estava també molt... molt capficada, no? I aleshores no li vaig voler dir. Perquè ella se’n volia anar a veure la seva germana, que estava molt malament, i jo vaig pensar que si jo li deia... no se n’aniria, vale? I ella es volia despedir de la seva germana. Clar, no vivia aquí, vivia a Ciudad Real la meva tia... Clar, aleshores era... I jo vaig pensar que si jo li deia, no marxava, i total... fins que no m’operessin, era absurd que ella es quedés aquí, perquè no hagués volgut marxar, això sí que ho sabia. I aleshores vaig preferir que se n’anés,

que es despedís de la seva germana, que al cap de pocs dies va morir... I després quan va ser aquí, allò ella ja ho va poder fer bé, pues aleshores es va poder ocupar de la filla...". 08M1958(467:479)

En ocasiones las personas afectadas prefieren tener un espacio de contención emocional fuera del círculo familiar, bien sea un grupo de ayuda mutua, una terapia psicológica individual, u otras formas de acompañamiento, sin que ello vaya en detrimento de un espacio de comunicación informal dentro del entorno familiar más cercano.

"Claro por ejemplo mis hermanas me decían "¿Para qué tienes que ir a la asociación?", les daba una rabia a mis hermanas mayores "Pero tú para que tienes que ir a nadie a contar las cosas, nos las cuentas a nosotras", "Pues no os las voy a contar a vosotros". Si yo por ejemplo decía "Tengo miedo a morirme", yo esto no se lo decía, yo esto no se lo podía decir. ¿Cómo iba a decirle a mi madre que tenía miedo a morirme? Que luego ya no lo tenía... pero yo veía que eso no... Yo... sentía mucho más cómoda hablando de estas cosas, de como yo me sentía en sí con gente que a mí no me conocía... y sintiendo a otras que me lo decían a mí... porque eran... es un grupo... es un grupo de estos...". 03M1961(289:298)

En la práctica totalidad de los relatos se destaca el amor como el elemento fundamental que permite que la familia se mantenga fuerte frente al impacto del diagnóstico y en los diferentes momentos del proceso de la enfermedad.

En algunas narrativas aparece el sentido del humor como una estrategia explícita para manejar algunos momentos puntuales, siendo habitualmente la persona afectada la que utiliza este recurso comunicativo.

"Y luego un poco el sentido del humor eh... (...) en casa hay mucho.. sí... Y eso ayuda mucho, a tomarse un poco las cosas... no a la rechufra que no eh... pero hacer un poco broma de las cosas, sí... Broma o... quitarle importancia... Sí... Y que a veces digo "Vida o muerte" porque hay veces hijo mío que "Ay no sé qué" y hacemos un poquito... risa... Sentido del humor en ese sentido, de decir, relativizar las cosas... Que a veces puede molestar, según como pero... yo creo que no...". 03M1961(896:904)

También se dedica tiempo a pensar cómo es la comunicación de las “malas noticias”; no se evidencian formas de comunicación impulsivas y descontroladas a la hora de explicar a los familiares el diagnóstico de la enfermedad.

“(…) els meus pares fins que no... vaig entrar al quiròfan, no... O sigui, sabien que m’havien de treure un bultet, però que no sabíem... I quan... quan vaig entrar a quirofan aleshores la meva germana... La meva germana sí que ho sabia... (...) Perquè además va coincidir que la germana de la meva mare estava molt malament i poc temps abans d’operar-me jo, precisament es va morir! I aleshores la meva mare estava també molt... molt capficada, no? I aleshores no li vaig voler dir. Perquè ella se’n volia anar a veure la seva germana, que estava molt malament, i jo vaig pensar que si jo li deia... no se n’aniria, vale? I ella es volia despedir de la seva germana. Clar, no vivia aquí, vivia a Ciudad Real la meva tia... (...) I jo vaig pensar que si jo li deia, no marxava, i total... fins que no m’operessin, era absurd que ella es quedés aquí, perquè no hagués volgut marxar, això sí que ho sabia. I aleshores vaig preferir que se n’anés, que es despedís de la seva germana, que al cap de pocs dies va morir... I després quan va ser aquí, allò ella ja ho va poder fer bé, pues aleshores es va poder ocupar de la filla...”. 08M1958(467:479)

Son mecanismos dirigidos a contener el malestar, fomentar el amor y la esperanza, y el pensar.

Categoría

Funciones emocionales inhibitoras de la expresión y contención emocional

En algunos de los relatos, se remarcan también momentos en los que la contención y la expresión emocional se ve entorpecida, si bien son episodios puntuales en la mayoría de los casos.

“Y la verdad es que me sentí más incomprendida durante la quimio que cuando me dieron el diagnóstico...”. 01M1954(119:121)

“Llavors vaig arribar a casa de la meva mare, perquè jo vivia a Eivissa, i quan venia estava a casa dels meus pares i la meva mare em va dir “Bueno no et preocupis, això t’operaran i quedaràs bé”. Això també em va sentar fatal perquè jo no era conscient, jo no era conscient... jo pensava que no... no sé, que no m’haurien ni d’operar perquè si era benigne, a sant de què m’haurien d’operar. I em va sentar malament. I em va començar a explicar el cas d’una amiga seva que també tenia cancer i la van operar i li havia anat tan bé...”. 07M1949 (91:98)

En todo caso, las funciones que inhiben esta contención y esta expresión emocional tienen que ver básicamente con momentos en los que alguno de los miembros puede sentirse desbordado y transmite su desesperación al resto del grupo familiar.

“Sí lo dije a mi familia “Me pasa esto”. Mi marido me dijo “Siempre me estás dando sustos”. 01M1954(445:446)

Solo en algún relato se verbaliza explícitamente la decepción de la persona afectada para con su familia, por sentir que la familia no estaba muy atenta a las necesidades de acompañamiento emocional, especialmente en los días posteriores a alguno de los tratamientos.

“(…) la gente aunque tenga muy buena voluntad bueno se cansa un poco de... de hacer de cuidador... Me acuerdo un día mi hija mayor por ejemplo que estaba un poco a cargo mío, me llamó desde una discoteca diciendo que si necesitaba algo... y estuve sola en casa toda la tarde y la noche... ¿qué le iba a decir? “pues sí, que me vengas a hacer compañía”. Y bueno... en cambio cuando se enteró del diagnóstico estuvo tres días que no paraba de llorar, o sea que tenías que consolarla... Pero luego ya se hace crónico, la gente ya se acostumbra... “Bueno pues si te encuentras bien ya puedo salir”, “Si no necesitas nada...”. 01M1954(127:135)

Las narrativas de las personas participantes muestran algunos intentos de camuflar información a los hijos, especialmente cuando estos eran pequeños, y los efectos negativos de ocultar una información que era especialmente visible a los ojos de los hijos.

“Y mi hijo también lo pasó muy mal... porque bueno con la familia luego ya me preguntarás pero bueno... muy mal... Esta segunda vez peor mucho peor. La primera vez tenía 10 años y lo llevó mal porque además yo no le conté nada porque lo quise proteger tanto que luego fue peor. Que luego me ha dicho “Te he entendido lo que hiciste, sé que lo hiciste por mí”. Pero claro un día como yo llevaba pañuelo... se acostó... estábamos acostados en el terreno y se me calló el pañuelo y me vio de golpe así y se puso a chillar “Mama qué te pasa, por qué estás así”. Pobrecico, se llevó un susto tremendo. Entonces ahí sí que dije “Jolines, he metido la pata”. 05M1963(171:179)

En algún relato en particular sí que se hace explícita la necesidad de algún miembro del grupo familiar de no querer saber lo que está pasando, lo que producía un efecto negativo en la persona afectada.

“¿Hablar de las emociones, de la enfermedad? Mi marido no... prefiere no “Ahora no saques temas de esos”. Él siempre ha rehuído de todo esto, pero toda la familia suya son así. Son de esconder la cabeza debajo del ala. Si no se habla no pasa nada”.
05M1963(1152:1155)

“Me acuerdo que la pequeña, cuando llegué con el diagnóstico, “Tenemos que seguir haciendo lo mismo”, la misma vida como si no pasara nada... Pasa esto...”.
01M1954(607:609)

Categoría

Estrategias de afrontamiento de la familia

Tanto la figura de apego principal como el resto de personas significativas tienen, en general, un comportamiento activo con la persona afectada. El acompañamiento emocional y los cuidados físicos, junto con la atención de los hijos y la organización de los imprevistos domésticos y los acompañamientos médicos son las actividades que realizan los familiares.

“(...) mi marido estuvo todas las sesiones conmigo y... y bueno... también sí, toda mi familia pues pendiente de cuándo me tocaba, no me tocaba... más allá de que... mi hijo mayor entonces tenía 4 años recién cumplidos y... también sí para que alguien se quedara con él... pero bueno todo el mundo estaba muy volcado”. **02M1976(214:218)**

“(...) aquí con las abuelas pactamos... yo me ocupaba lo que podía del bebé y el resto se ocupaban las abuelas, de la comida... limpieza tenía entonces una señora que venía una vez a la semana”. **02M1976(341:344)**

“La meva sogra em feia potser menjars que jo què sé que fossin més... compota de poma... coses que vull dir que pogués menjar, que no em sentessin malament”.
04M1968(211:213)

La atención constante de la familia hacia la persona afectada puede llegar en ocasiones a sobrecargar a la persona que asume el cuidado de forma principal, lo que puede generar conflictividad añadida. Esto se ha expresado en algunas de las entrevistas de forma directa, y en alguna entrevista de forma encubierta.

“De vegades si que li he dit al meu marit, no?, que potser m’he trobat més acompanyada per les seves germanes o les meves cosines que no pas per ell... i bueno, hem parlat. Es una cosa que li he pogut dir i que hem parlat i llavors... Clar... que tampoc sabia fer-ho d’una altra manera, per a ell també és una cosa que vull dir... no... no... no l’ha patit ell però també l’ha patit”. **04M1968(279:283)**

Finalmente destacar que los lazos afectivos, los vínculos y el amor son las expresiones utilizadas por las participantes para destacar la fortaleza de la propia familia en el afrontamiento de la enfermedad.

“(...) jo penso que... l’estimació que tenim, jo penso que és lo que ens manté... perquè quan a un li passa algo, té als altres que li fan... li fan el coixí i l’arropen i el... Però això tant em passa amb la (família) d’aquí com amb la meva família... Tota. Perquè jo ja de petita a casa ja ho he viscut així, que qualsevol cosa que li ha passat a algú pues tots hem estat allà i hem fet pinya, no?, i això ho fa l’estimació a la gent”. **08M1958(521:525)**

“Primero la presencia continua. Y la estima. Y después la fortaleza también de ellos, de estar ahí... de... de ofrecer todos estos cuidados, de todo tipo... Y... sentir que te podías dejar cuidar por ellos... que estabas en buenas manos, por así decirlo. Por otro lado también son estilos muy distintos los tres... pero también cada uno desde su punto... desde... tal vez mi marido el más optimista, el que ponía ese punto de siempre ver lo mejor de todo ¿no? Mi madre más fatalista... pero... pero estando ahí y... lo típico de decir “Bueno por malo que sea, yo estoy aquí... y pa’lante vamos a ir” (se emociona). Y mi hermana... tal vez... sí, aparte de la parte más emocional también... una parte más de contacto con la realidad, yo creo, que me aportaba... no sé, no... así visto... pienso ahora mismo se me ha asociado así... De las cosas prácticas, del... de la realidad y...yo creo que... entre los tres hubo esta compenetración de roles, aspectos... que... que me apuntaron en todas... en toda la enfermedad y después... y aún ahora (ríe)”. **02M1976(735:748)**

“En general, y salvando algunos casos concretos (como en el caso de informes reservados), la finalidad de toda investigación es ser divulgada (...) porque, como trabajadores al servicio de una comunidad que mantiene económicamente unas instituciones de investigación como es el caso de la Universidad, tenemos el deber moral de corresponder a ese esfuerzo devolviendo algo a cambio, básicamente conocimiento nuevo” (Aliaga, 2000:94)

CAPÍTULO 10

10. CONCLUSIONES

10.1. DISCUSIÓN

La teoría del apego proporciona un modelo explicativo de las relaciones interpersonales e intrapersonales en la que destaca el papel preponderante del vínculo de apego. Bowlby (1996, 1998) observa que la conducta de apego se activa en determinadas circunstancias, especialmente en situaciones que implican temor, cansancio o enfermedad. Los resultados describen el cáncer como una enfermedad que sigue teniendo una fuerte carga valorativa negativa, especialmente en el momento del diagnóstico, y se tiene la vivencia de que es una enfermedad con un alto grado de malignidad. Los datos aquí recogidos coinciden con lo que señala Cabrera y Ferraz (2010), Cano (2005), Castaño y Palacios-Espinosa (2013), Espinàs (2010) y Vargas y Pulido (2012) en relación con la visión que las personas tienen del

cáncer. Además, el conocimiento de la existencia de la enfermedad por la presencia de la misma en personas próximas (familiares directos y amigos), a las entrevistadas les reforzaría el sentimiento de gravedad y malignidad. Gil Villa (2012) también se pronuncia en este sentido cuando habla del aspecto social que tiene la enfermedad y el impacto de la misma.

Los cambios corporales, especialmente la pérdida del cabello a consecuencia de la quimioterapia, es un punto de inflexión que marca socialmente a la persona afectada. Pese a todo, el comportamiento proactivo se manifiesta a través de pensamientos (motivación para afrontar los contratiempos derivados de los tratamientos) como a través de comportamientos (búsqueda de información, asistencia a grupos de ayuda mutua, entre otros).

Afortunadamente, con el tiempo, y quizás por la superación de las revisiones y la inexistencia de recaídas, el significado de la enfermedad se puede llegar a modular, disminuyendo la carga negativa asociada. No obstante, las personas hablan de un estado de alerta con relación a posibles cambios corporales o síntomas inesperados que pueden hacer despertar la sospecha de una recaída. A este estado de alerta se le conoce como el síndrome de Damocles (Gil Vila, 2012; Grupo Español de Pacientes con Cáncer, 2016) y que implica un estado de hipervigilancia y una vivencia persecutoria del cuerpo.

Además de la carga emocional negativa que tiene la enfermedad, el impacto de las pruebas, los efectos secundarios de los tratamientos, el sufrimiento, el deterioro físico, las recaídas y la muerte, son los miedos que provoca la enfermedad en las personas con cáncer. Esto no es de extrañar teniendo en cuenta que más del 80% de las personas de este estudio reciben dos o más tratamientos para el cáncer, y que un 30% aproximadamente reciben un tratamiento coadyuvante durante los cinco años posteriores al diagnóstico. Así pues, los miedos verbalizados por las participantes de esta investigación coinciden con los resultados hallados por Arrigui y Jovell (2011), Barragán y Jovell (2012), Hugues (2010) y Vargas y Pulido (2012).

Dado que uno de los momentos de mayor impacto emocional es, para las personas de este estudio, el momento del diagnóstico, la confianza en el equipo sanitario y el médico deviene un elemento clave, tal como también señalan Cabrera y Ferraz (2010), Rodríguez Fernández (2006), Schröder y Koatz (2007), Serdà y Cunill (2011) o Vidal Boixader (2012). La relación equipo sanitario en general, y profesional oncólogo en particular, es un vínculo que con toda probabilidad puede catalogarse como de apego, puesto que este vínculo aporta seguridad en relación con la enfermedad. Las pacientes entrevistadas valoran especialmente la confianza y la respuesta cercana y empática. En esta línea Holwerda, Sanderman, Pool, Hinnen, Langendijk, Bemelman, Hagedoorn y Sprangers (2013) obtienen resultados que avalan la hipótesis de la influencia del estilo de apego en la relación médico-paciente en personas con diagnóstico de cáncer, señalando que los estilos inseguros se relacionan con una menor satisfacción de la relación médico-paciente. Vista la importancia de esta relación, entenderla desde la teoría del apego es algo clave para mejorar la atención, la comunicación y el cuidado de las personas con cáncer. En este sentido se pronuncian también Hunter y Maunder (2016).

Por otro lado, se ha observado que la preocupación por las secuelas a largo plazo, es un punto importante para las personas afectadas y sobre el cual se sienten un poco “estafadas”, pues refieren la falta de información acerca de estas complicaciones mantenidas en el tiempo. Estas necesidades también están recogidas por Barragán y Jovell (2012). Aparece, además, un sentimiento de incompreensión porque socialmente no acaban de entenderse y han de lidiar con el estigma que representa la enfermedad misma y, por añadidura, con una imagen de persona curada pero fatigada permanentemente. Se observa nuevamente, así, la sombra del estigma que provoca la enfermedad, tal y como ya sugerían Goffman (1970) o Sontag (1981) y señalan Serdà y Cunill (2011), entre otros.

Las evidencias recogidas señalan que en algunos casos afloran sentimientos de culpa en las personas afectadas, de responsabilidad por haber tenido determinados comportamientos o actitudes que, desde la subjetividad de la persona afectada, están en el origen de la enfermedad. Es decir, que para las personas

afectadas, algunas actitudes vitales y determinados estilos de vida se perciben como algo que la persona podría haber evitado, lo cual habría incidido en la aparición del cáncer. Estos datos coinciden con lo señalado por Castaño y Palacios-Espinosa (2013), Gil Vila (2012), Gunderman (2003) o Romero (2011), y que es importante de cara a estudiar las relaciones que las personas afectadas crean mentalmente entre la representación de la enfermedad y las acciones preventivas como las estrategias de afrontamiento una vez que la enfermedad hace su aparición. Esto también coincide con discursos institucionales como el de la OMS (2013), que apunta a la posible prevención de un 30% de los casos de cáncer gracias a unos hábitos de vida sanos, o las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (2010). No obstante, y para evitar la culpabilización de las personas afectadas, conviene recordar que el potencial carcinógeno atribuible a determinados estilos de vida puede ser objetivamente inferior al que las personas pueden llegar a creer (Gil Villa, 2010).

Por otro lado, el cáncer es una enfermedad que, como situación de adversidad considerada grave, tiene un impacto en la persona afectada que va más allá de la esfera personal, incluyendo al entorno familiar y social que rodea a la persona. En el caso concreto de la muestra de personas que han participado en esta investigación, esto es algo fácil de pensar dado que más del 80% tienen pareja y, un porcentaje similar, también descendencia. A colación de esto, los relatos proporcionados por los pacientes entrevistados sugieren que la persona afectada por el cáncer intenta sobreproteger a su familia, y que la misma familia intente proteger a la persona afectada. En este sentido se pronuncian Baider (2003), De Cáceres (2007) y Serdà y Cunill (2011). Esta protección de la familia, comprensible por otra parte, puede, sin embargo, aumentar el sentimiento de soledad y el malestar emocional que experimenta la persona con cáncer. En consonancia con esta información, los datos procedentes de las narrativas de los pacientes expresan que es la pareja, fundamentalmente, la figura de sostén emocional y de acompañamiento en los momentos más duros de la enfermedad pero también durante todo el proceso de la enfermedad, y coinciden con Baider (2003) y Cabrera y Ferraz (2011), entre otros, en cuanto a que la pareja acostumbra a ser el sostén emocional e

instrumental, y que se da una adaptación más exitosa siempre que no se eludan los momentos difíciles del proceso de la enfermedad. Conviene añadir y no descuidar el papel que también ejercen el resto de familiares y las amistades en el acompañamiento durante la enfermedad, aspecto en el que también se está en línea con lo apuntado por Baider (2003), Espinàs (2010), Fernández Ortega (2004), o Serdà y Cunill (2011).

Los resultados señalan que los estilos de apego adulto en este grupo de personas que se han visto afectadas por el cáncer se distribuyen porcentualmente de forma similar a los datos normativos encontrados en población española, y también entre población no-clínica estadounidense y europea (Català , 2015; Lacasa y Muela, 2014; Yárnoz y Comino, 2011), para población española, y los estudios recogidos por Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2010), para población extranjera.

Es posible que se dé un mayor porcentaje de apegos seguros entre las personas que tienen pareja dado que este estilo de apego se siente más cómodo y confiado en las relaciones interpersonales que los estilos de apego inseguros, como ya mostraban estudios clásicos como Bartholomew y Horowitz (1991) o Hazan y Shaver (1987). Si se intenta afinar más en este dato, los resultados cualitativos señalan que la figura de apego es mayoritariamente la pareja o el cónyuge, que acompaña a la persona afectada en el proceso de la enfermedad. Se recoge que el soporte de la pareja facilita el afrontamiento efectivo de la enfermedad y modula el malestar emocional, datos también encontrados por Baider (2003) o Cabrera y Ferraz (2011), por ejemplo.

Sobre la distribución de los estilos de apego por sexos, en esta investigación se ha puesto en evidencia que existen algunas diferencias, de manera que en porcentajes, el número de mujeres con apego seguro supera al de hombres. Sin embargo, el porcentaje de hombres con apego inseguro preocupado es superior al de mujeres. En relación con el apego inseguro evitativo, la distancia es menor, siendo el porcentaje de hombres ligeramente superior al de mujeres. Estas

diferencias podrían explicarse en parte al mayor número de mujeres en la muestra de personas con cáncer estudiada.

En relación con el cuestionario de apego adulto CaMir-R, se ha observado que la dimensión utilizada para estimar el estilo de apego seguro correlaciona negativamente con la utilizada para estimar el estilo de apego inseguro preocupado, el apego inseguro evitativo y el apego inseguro desorganizado. Además, se ha observado también como la dimensión usada para estimar el apego inseguro desorganizado correlaciona positivamente con las otras dos dimensiones que sirven para estimar los estilos de apego inseguros. Todos estos resultados coinciden con los obtenidos por Lacasa y Muela (2014).

Aunque no se ha podido concretar una caracterización precisa de las figuras de apego adulto de las personas con cáncer, si se han recogido como elementos destacados el amor incondicional y el apoyo constante en todo momento. Probablemente esta disposición e incondicionalidad por parte de la figura de apego y figuras auxiliares se relaciona con lo que Bowlby (1986, 1996) ha denominado “base segura” que proporciona la figura de apego. Otras cualidades de esta figura de apego son el optimismo, la capacidad para resolver problemas prácticos, y la competencia para hacerse cargo del malestar emocional. Estas distinciones corresponden con lo que López (2003) señala como características más apreciables de las figuras de apego.

Los vínculos afectivos en general y los vínculos de apego en particular son uno de los pilares fundamentales de la resiliencia, entendida ésta como un proceso dinámico de afrontamiento y transformación de la persona que se ha visto sometida a una situación adversa, como es el caso del cáncer. Las personas con cáncer muestran cómo este vínculo con las personas significativa de su esfera íntima les facilita afrontar de forma resiliente los diferentes momentos de la enfermedad. La necesidad de proximidad de la figura de apego es especialmente esperada en el momento del diagnóstico, tanto por la función de soporte emocional como por la posibilidad de que otra persona recoja la información facilitada por el equipo

sanitario. No obstante, la función de estas figuras también se extiende a otros momentos del proceso del cáncer y de la vida diaria durante la enfermedad.

En consonancia con lo expuesto en el párrafo anterior, los resultados de esta investigación muestran que las personas con apego seguro son más resilientes que las personas con apegos inseguros. No se han encontrado, sin embargo, diferencias entre los estilos de apego inseguros. Esto podría explicarse en parte con los datos recogidos por Maunder y Hunter (2012) de diferentes investigaciones que muestran cómo la distinción entre apego seguro e inseguro es más fiable y predecible que la distinción entre distintos tipos de apegos inseguros. También el tamaño de la muestra en su conjunto, por otro lado, y el reducido número de personas con apego preocupado y evitativo limitan un estudio más en profundidad de esta diferencia en relación con el apego y la resiliencia.

Y en cuanto a los suprafactores de resiliencia según la escala SV-RES, se ha encontrado que las personas con apego seguro tienen mayor puntaje en *Condiciones de base*, *Visión de sí mismo* y *Visión del problema*. No se han hallado, sin embargo, diferencias en relación con el suprafactor *Respuesta resiliente*, lo cual podría interpretarse como que este suprafactor no es realmente el que “mide” la respuesta resiliente, dado que los demás suprafactores formarían parte de la respuesta resiliente. Estos resultados coinciden con lo aportado por Gaytton (2001) quien sugiere que las personas enfermas de cáncer y con apego seguro tienen una visión positiva de sí mismos y son capaces de percibir una situación de forma más realista, mientras que las personas con apego inseguro utilizan más estrategias evitativas de afrontamiento de la enfermedad debido a la visión negativa de sí mismos. Por tanto, en esta investigación se considera que quizás este suprafactor está enmascarando, en realidad, a otro tipo de factor, dado que los factores de resiliencia que engloba, como son *Pragmatismo* (sentido práctico para evaluar los problemas), *Metas* (objetivos y acciones encaminadas a un fin) y *Generatividad* (elaborar nuevas respuestas frente a los problemas), serían condición necesaria pero no suficiente para dar una respuesta resiliente.

Conviene señalar que no se han encontrado investigaciones que relacionen cuantitativamente los estilos de apego y la resiliencia en personas con diagnóstico de cáncer, si bien desde el punto de vista teórico Svanberg (1998) ya sugería que el apego seguro proporciona la resiliencia necesaria para afrontar diferentes adversidades de la vida. También en este sentido Mikulincer y Shaver (2007) consideran que la seguridad del apego es una fuerza humana básica, que facilita el desarrollo de otras cualidades que entran dentro de lo que se conoce como rasgos psicológicos “positivos”, como la resiliencia, el optimismo, la esperanza, el afecto positivo, la curiosidad y un largo etcétera. Y para comprender cómo la relación entre el apego seguro puede incrementar la resiliencia, sugieren que la identificación con unas figuras internas protectoras permite a una persona desarrollar sus propias técnicas efectivas basadas en lo que ellos denominan “autorrepresentaciones basadas en el apego seguro”.

En relación con la escala de resiliencia SV-RES y el cuestionario de apego adulto CaMir-R, se ha observado que las puntuaciones en *Seguridad y apoyo de las figuras de apego* (que se utiliza para estimar el estilo de apego seguro) se relacionan positivamente con los factores de resiliencia *Autonomía* (las competencias, la independencia a la hora de actuar y el control interno), *Satisfacción* (la percepción de logro y la adaptación a las condiciones externas), *Vínculos* (los vínculos y las relaciones), *Redes* (la disponibilidad de apoyo), *Modelos* (la existencia de referentes), *Afectividad* (la valoración de sentimientos y emociones), *Autoeficacia* (la capacidad de autocontrol y regulación) y *Aprendizaje* (la capacidad para aprender de la experiencia). Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos por Huntsinger y Luecken (2004) y Maunder y Hunter (2001, 2008), al señalar que las personas con apego seguro se muestran más capaces de tener comportamientos dirigidos a mejorar la salud. También los datos procedentes de Holwerda, Sanderman, Pool, Hinnen, Langendijk, Bemelman, Hagedoorn y Sprangers (2013) sitúan el estilo de apego en personas con cáncer como un facilitador de una relación médico-paciente más satisfactoria.

Las puntuaciones en *Autosuficiencia* (que se utiliza para estimar el estilo de apego inseguro evitativo) correlaciona positivamente con el factor de resiliencia *Pragmatismo* (sentido práctico para evaluar los problemas) y negativamente con el factor *Modelos* (la existencia de referentes). Estos resultados son coherentes con algunos aspectos característicos de este estilo de apego, como son la confianza en los propios recursos más allá de lo “razonable” y la desconfianza en relación con el soporte y la ayuda que pueda provenir de los demás.

Y destacar finalmente que las puntuaciones en *Traumatismo infantil* (que se relaciona con el estilo de apego inseguro desorganizado, si bien este cuestionario no lo estima con la misma fiabilidad que el resto de estilos) correlaciona negativamente con los factores de resiliencia *Autonomía* (las competencias, la independencia a la hora de actuar y el control interno), *Satisfacción* (la percepción de logro y la adaptación a las condiciones externas), y *Modelos* (la existencia de referentes). Esto puede entenderse teniendo en cuenta el estilo poco organizado y predecible, en cuanto a un patrón estable de respuesta, que tiene este estilo de apego inseguro. Esto puede implicar mayores riesgos de enfermar puesto que se puede recurrir a reguladores externos del malestar (tóxicos, por ejemplo) y no tanto a la búsqueda de apoyo social (Maunder y Hunter, 2008).

La regulación emocional, como señala Garrido-Rojas (2006), es importante por su implicación en la salud, y muestra cómo el apego seguro destaca emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad, junto con la búsqueda de proximidad, afiliación, exploración, alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social como estrategias de regulación emocional. Por el contrario, en el apego evitativo predominan la ansiedad, el miedo, la rabia, la hostilidad y la desconfianza; y destacan como estrategias de regulación emocional la inhibición, el distanciamiento afectivo, la exclusión de recuerdos y pensamientos, la inhibición de la proximidad, y el distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo preocupado, se dan estas mismas emociones negativas; y como estrategias de regulación emocional la

búsqueda de proximidad de las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación y sobreactivación general, y activación crónica y disfuncional del apego.

10.2. CONCLUSIONES

Una vez explicitados los resultados obtenidos en la investigación, resulta pertinente explicar las conclusiones derivadas de la investigación, tal y como se detallan a continuación.

En relación con el objetivo **conocer las vivencias de las personas enfermas de cáncer en los diversos momentos de la enfermedad**, los resultados de esta investigación señalan que el cáncer es una enfermedad que sigue teniendo mala prensa entre las personas afectadas, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, siendo el diagnóstico el momento de mayor impacto emocional. El tiempo de supervivencia contribuye, en parte, a disminuir la visión negativa de la enfermedad, si bien el miedo a la recaída está siempre presente. Otros miedos que acompañan al cáncer son los efectos secundarios, el deterioro físico, las recaídas, la muerte y las consecuencias físicas a corto y largo plazo. Por otra parte, los cambios corporales derivados de los tratamientos, especialmente la pérdida del vello corporal a consecuencia de la quimioterapia, es un elemento que marca personal y socialmente a la persona afectada.

El impacto de la enfermedad no es solamente individual. A la afectación de la persona enferma hay que sumarle el efecto que el cancer produce en el entorno familiar y social. Se produce un doble fenómeno, en el que la familia intenta proteger a la persona afectada, y en el que la persona enferma intenta proteger a la familia, sin embargo, esta protección del paciente hacia su familia puede aumentar su sentimiento de soledad y malestar emocional. Dentro de la familia, la pareja acostumbra a ser la persona que deviene la principal figura de soporte emocional, si bien no hay que descuidar la importancia de la red familiar y las amistades.

En lo relativo al objetivo **conocer la percepción de crecimiento interior experimentado durante el proceso de la enfermedad**, los datos obtenidos en este estudio muestran que ser una persona con cáncer no ha de suponer un cambio de vida en sí mismo; ahora bien, los signos externos a consecuencia de los tratamientos (especialmente la quimioterapia) constituyen para las personas afectadas un elemento diferenciador entre los “sanos” y los “enfermos”. Sin embargo, este sentimiento no es incompatible con un comportamiento proactivo a la hora de afrontar la enfermedad y con tener una vivencia de la enfermedad como un momento en sus vidas que produce cambios importantes en la concepción de la vida, de uno mismo y de los demás. La intensidad de esta vivencia depende de experiencias previas y del impacto de otras experiencias vitales. En cualquier caso, y a pesar del desajuste emocional que provoca el cáncer, su incursión en la vida de las personas afectadas permite movilizar los recursos internos y externos, y en algunos casos facilitar una mirada nueva a la realidad personal, a los objetivos vitales que las personas persiguen, y a las relaciones interpersonales. Para algunas personas, la vida experimenta una “segunda oportunidad” y un sentimiento de “no perder el tiempo”.

Por lo que respecta al objetivo **conocer las opiniones que las personas afectadas por el cáncer realizan sobre sus experiencias de apego pasadas y presentes**, se destaca el papel preponderante de los padres como figuras de apego durante la infancia, aunque el papel de los hermanos mayores y de los abuelos también es algo a destacar. La infancia ha sido descrita como una época feliz a pesar de las inevitables dificultades de la vida.

Durante la vida adulta es la pareja quien asume el protagonismo como figura de apego de las personas afectadas, y en algún caso los padres o los hijos mayores asumen este rol en aquellas parejas parentales que tienen una relación marital deteriorada o nula. Los amigos de la infancia o bien los nuevos amigos surgidos con el inicio de la enfermedad pueden convertirse en figuras de apego adulto.

Lo que caracteriza principalmente a las figuras de apego actual es el amor incondicional y el apoyo constante a la persona afectada por el cáncer. Se valora, por otra parte, también su optimismo, su capacidad para resolver situaciones prácticas y la complicidad emocional con la persona afectada.

En relación con el objetivo **establecer el estilo de apego de las personas afectadas por el cáncer**, el conjunto global de datos de esta investigación apunta a más de la mitad de personas con apego seguro y más de un tercio de personas con apegos inseguros (en igual proporción de inseguro preocupado y de inseguro evitativo), y que estos resultados son similares a los datos encontrados en población española. En particular, las mujeres presentan mayores porcentajes de apego seguro que los hombres. Respecto al apego y el estado civil, las cifras obtenidas señalan un mayor porcentaje de apego seguro entre las personas emparejadas o casadas y solteras, mientras que los mayores porcentajes de apegos inseguros se dan entre las personas separadas o viudas.

En respuesta al objetivo **analizar la relación entre el apego y la resiliencia en situación de enfermedad crónica**, los resultados del estudio muestran que existen diferencias entre los apegos seguros e inseguros en cuanto a la resiliencia de las personas con cáncer. Es decir, que las personas con apego seguro tienen una puntuación total de resiliencia superior a las personas con apegos inseguros. No se han encontrado, sin embargo, diferencias entre los estilos de apego inseguros preocupado y evitativo.

En el detalle de los factores de resiliencia en relación con el apego, los datos de esta investigación señalan que las personas con apego seguro obtienen mejores puntuaciones que las personas con apegos inseguros en cuanto a las variables Autonomía, Satisfacción, Vínculos, Redes, Modelos, Afectividad, Autoeficacia y Aprendizaje.

El objetivo **analizar el papel del apego intrafamiliar como elemento de apoyo y regulación emocional de las personas afectadas y sus familias**, ha recogido el papel primordial y preponderante de la pareja o el cónyuge como figura de apego, acompañando a la persona afectada en todo el proceso de la enfermedad. Se destaca también el papel de la pareja como base segura para llevar a cabo un afrontamiento efectivo del cáncer, facilitando la modulación del malestar emocional.

El discurso de las personas afectadas recoge cómo es de necesario para ellas la vivencia de estar en la mente de las personas allegadas, el saberse presentes en todo momento a partir de formas de comunicación sencillas y simples.

Por otra parte, el apego familiar también desempeña un papel relevante en el proceso de resiliencia frente a la enfermedad. Dado que el apego tiene un notable protagonismo en la expresión y la contención emocional, la familia puede facilitar o dificultar estos procesos emocionales, si bien, se hace notar que esto mismo es también un proceso relacional y, por tanto, bidireccional. Se explicita también que la familia es uno de los espacios y contextos relacionales clave para que las personas afectadas expresen sus preocupaciones y se sientan apoyadas emocionalmente. En este estudio se recogen estas ideas cuando las personas entrevistadas expresan que ellas sienten que también han cuidado a la figura de apego, y eso les puede llevar a evitar la expresión de determinadas emociones o bien degradar la intensidad en la expresión de esas emociones y pensamientos por miedo a perjudicar al grupo familiar, si bien se reconoce unánimemente que la familia es el espacio idóneo para hablar del cáncer que las afecta, aunque con excepciones. Estos matices en la comunicación tendrían dos niveles: el de la pareja, más extenso en cuanto a expresión emocional, y el de las hijas e hijos, más restringido en cuanto a la expresión de los estados emocionales y malestares relacionados con la enfermedad. En cualquier caso, el vínculo afectivo es la fuerza que permite a la familia mantenerse fuerte frente al impacto y el desgaste que produce la enfermedad.

10.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN, RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA Y PROPUESTA DE NUEVAS LÍNEAS DE ESTUDIO

10.3.1. LIMITACIONES

Toda investigación tiene una serie de limitaciones, que vienen dadas no solo por la necesidad de acotar y delimitar el campo de observación y estudio, sino también por el hecho de que se producen imprevistos y complicaciones que en algunos casos resultan imposibles de salvar. Esta investigación ha tenido diferentes imprevistos que han limitado las posibilidades de obtener más y mejores datos. El acceso a los diferentes contextos y escenarios de la parte empírica sufrieron diferentes inconvenientes y limitaciones, que retardaron el acceso al trabajo de campo con más retraso del inicialmente previsto. Tanto la dificultad de algunas asociaciones para asumir organizativamente el trabajo de campo como el cansancio de las personas afectadas que previamente han participado en otros estudios, han sido los principales escollos.

El tamaño de la muestra del estudio cuantitativo, limitado por las barreras a la hora de acceder a más recursos asistenciales y asociaciones de pacientes, por un lado, y a un mayor número de personas participantes por otro, han sido obstáculos a superar en futuras investigaciones. Esto habría posibilitado llevar a cabo un muestreo probabilístico y dar mayor validez a las conclusiones obtenidas de los datos cuantitativos.

Si bien Fernández de Araújo, Teva y Bermúdez (2015) señalan la necesidad de llevar a cabo estudios experimentales a la hora de estudiar la resiliencia para poder establecer relaciones causales, en esta investigación se ha llevado a cabo un estudio de carácter no-experimental, con las limitaciones que ello tiene a la hora de hacer afirmaciones rotundas acerca de la relación entre las variables implicadas.

Por lo que respecta a los instrumentos de medida, se ha utilizado la versión reducida del cuestionario de apego adulto CaMir; esta versión reducida, el CaMir-R, muestra buenas propiedades psicométricas. No obstante, se ha utilizado un único instrumento para valorar el apego y hay ciertas discrepancias entre algunos de ellos, según se fundamenten en un modelo teórico de dos factores de apego (ansiedad y evitación) o cuatro factores de apego (seguro, preocupado, evitativo y desorganizado), como el utilizado en esta investigación. Esto viene a repercutir en el porcentaje de apegos seguro-inseguros que se obtienen, según un tipo de instrumento u otro.

En relación con la escala de resiliencia utilizada, la SV-RES, también con buenas propiedades psicométricas, requiere más estudios para mejorar su potencial, vistos los resultados en cuanto al suprafactor Respuesta resiliente, que ha resultado ser poco discriminativo en este estudio, a pesar de la utilidad de la escala para dar cuenta de la relación positiva entre apego y resiliencia.

Por lo que respecta al estudio cualitativo, y como estrategia complementaria de cara a la triangulación de la información, ha faltado tiempo para poder llevar a cabo otras estrategias de recogida de información, como por ejemplo grupos focales con pacientes y familiares, por un lado, y con profesionales sanitarios por otro.

10.3.2. NUEVAS PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS EN RELACIÓN CON EL APEGO Y LA RESILIENCIA

A tenor de las limitaciones detectadas en la presente investigación, se señalan algunas posibles líneas de estudio futuras con relación al apego y la resiliencia en el ámbito del cáncer.

Una investigación de corte cuasi-experimental permitiría poder afirmar con mayor rotundidad la relación entre las variables estudiadas. Un ejemplo de estudio

sería la evaluación del apego y la resiliencia en pacientes en las primeras fases del proceso de la enfermedad y compararlo con pacientes en las fases de intervalo libre de enfermedad y con pacientes en situación paliativa.

A colación de esta nueva propuesta, cabría plantearse también un estudio longitudinal para observar si la resiliencia y el apego de las personas con cáncer se modifican a lo largo del tiempo de la enfermedad y observar estos cambios en caso de producirse, estableciendo como intervalos de estudio los cinco primeros años del diagnóstico hasta el alta definitiva a los diez años.

Por lo que respecta a los instrumentos de medida, se ha utilizado la versión reducida del cuestionario de apego adulto CaMir; esta versión reducida, el CaMir-R, muestra buenas propiedades psicométricas. No obstante, se ha utilizado un único instrumento para valorar el apego y dado que hay ciertas discrepancias entre algunos de ellos a la hora de establecer los estilos de apego de la persona, según se fundamenten en un modelo teórico de dos factores del apego (ansiedad y evitación) o cuatro factores de apego (seguro, preocupado, evitativo y desorganizado), sería recomendable utilizar al menos dos tipos de instrumentos para evaluar el apego adulto. Una propuesta de carácter cuantitativo (por ejemplo, el CaMir-R, Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz) y otra de carácter cualitativo (como la Entrevista de Apego Adulto de Goerge, Kaplan y Main), sería una complementariedad instrumental recomendable.

Por otra parte, y en lo que respecta al instrumento de valoración de la resiliencia, la SV-RES, podría ser relevante estudiar la idoneidad de reducir el número de ítems para hacerla más ágil en su administración (pensando especialmente en el contexto de salud). También convendría indagar el proceso de elaboración de los suprafactores de resiliencia para asegurar el resultado del análisis factorial de los ítems, dada la discrepancia observada en los datos entre la puntuación total de la escala y el suprafactor Respuesta resiliente en las personas con cáncer y apego seguro-inseguro.

También sería interesante diseñar, implementar y evaluar la eficacia de programas socioeducativos destinados a favorecer la resiliencia en personas afectadas por el cáncer antes y después de someterse a los diferentes tratamientos, teniendo en cuenta la perspectiva de la teoría del apego en estas intervenciones.

Finalmente, de cara a optimizar la atención integral en el cáncer, sería importante favorecer la mejora de la formación de los profesionales sanitarios a través de un programa educativo dirigido a optimizar las habilidades comunicativas y de relación de los profesionales con las personas afectadas, que tenga en cuenta los principios de la teoría del apego.

10.3.3. PROPUESTAS CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON CÁNCER Y PARA LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO BASADAS EN EL APEGO

Vistos los resultados y las conclusiones elaboradas en esta investigación, se plantean algunas propuestas de atención a las personas con cáncer, por un lado, y algunas de formación para el personal sanitario, todas ellas fundamentadas en los hallazgos derivados de la teoría del apego.

Teniendo en cuenta que los estilos de apego influyen en la manera que tienen las personas de autogestionar las enfermedades (la adherencia a las recomendaciones acerca de la medicación, el seguimiento de una dieta saludable, la práctica de ejercicio físico, por ejemplo) y que determinados estilos de apego implican un mayor riesgo a la hora de adaptarse a las recomendaciones y a los tratamientos (Kidd, 2016; Hinnen, 2016), los conocimientos de la teoría del apego pueden ser de utilidad al personal sanitario.

En el ámbito de la oncología, autores como Hinnen (2016) señalan que las intervenciones y las guías clínicas se dirigen o bien a pacientes de cáncer en general, o bien a pacientes con un tipo específico de cáncer, y se presta menos atención a sus necesidades y competencias. Es decir, se dan orientaciones

generales sin tener en cuenta la particularidad de la persona por lo que respecta a su estilo de apego.

En consonancia con lo expuesto hasta ahora, desde esta investigación se insiste en la necesidad de valorar el estilo de apego de las personas con cáncer como primer paso para implementar acciones psicoeducativas pero también cualquier medida sanitaria, dado que, como se ha señalado, el apego puede determinar el estilo de relación con el equipo sanitario y la manera de afrontar la enfermedad. Se trata no solo de saber qué personas necesitan apoyo sino además de qué manera ofrecer ese apoyo, teniendo en cuenta los estilos de apego.

¿Es práctico plantearse una propuesta de intervención dirigida a modificar el estilo de apego? En esta investigación se han recogido datos acerca de la controversia a este respecto, y no hay una opinión clara al respecto. Parece que el estilo de apego adulto es estable en el tiempo. Por tanto, parecería que lo más operativo sería atender a las particularidades de los diferentes estilos y trabajar a partir de esas particularidades. Autores como Hunter y Maunder (2016) señalan que intervenir creativamente teniendo en cuenta las limitaciones ha de permitir encontrar las mejores estrategias para cada paciente en concreto.

Por tanto, a partir de lo recogido en esta investigación y en los estudios consultados (Alonso, Fontanil y Ezama, 2014; Hunter y Maunder, 2016; Strauss y Brenk-Franz, 2016) pueden establecerse una serie de orientaciones basadas en la teoría del apego y la resiliencia:

- El diagnóstico del cáncer y los tratamientos provocan miedo e inseguridad en las personas afectadas. Esta situación activa los comportamientos de apego característicos. Por tanto, es preceptivo conocer y tener en cuenta estos estilos y los comportamientos que se activan.

- La acción integral sobre el paciente de cáncer requiere tener en cuenta los estilos y comportamientos característicos de ese estilo de apego, ya que este conocimiento ha de permitir una respuesta útil y personalizada.
- La resiliencia es un proceso de afrontamiento de las situaciones de adversidad, siendo el cáncer una de esas situaciones. Por tanto, el contexto de la enfermedad oncológica es un terreno en el que la resiliencia tiene cabida.
- Existen diferentes factores promotores de resiliencia, entre los cuales destaca el vínculo de apego. En la edad adulta pueden darse diversas figuras de apego, siendo la pareja una de las figuras de apego principales.
- Existen otros factores de resiliencia que tienen que ver con un estilo de apego seguro. Estos factores pueden contribuir a favorecer el sentimiento de seguridad de la persona afectadas. Por tanto, las intervenciones psicoeducativas deberían implementar estrategias dirigidas a la promoción de las competencias y la adaptación efectiva a las circunstancias externas, y a establecer objetivos y acciones encaminadas a una finalidad concreta. Además de estas estrategias más operativas y de competencias, las intervenciones deberían destacar la dimensión emocional y su relevancia en el aprendizaje experiencial, así como contemplar la educación emocional, mejorando las estrategias de expresión y contención emocional. Finalmente estas intervenciones psicoeducativas han de potenciar los aspectos relacionales de las personas afectadas, a través del contacto con otras personas para favorecer la presencia de referentes para afrontar dificultades prácticas, y a través de la participación en grupos mixtos de personas afectadas y familiares.
- La familia ha de proporcionar una base segura para la persona con cáncer, un espacio de seguridad que permita el acompañamiento durante los diferentes momentos del proceso de la enfermedad, disminuyendo la

necesidad de poner en acción los comportamientos de apego menos adaptativos, y facilitando las funciones que promueven sentimientos de seguridad, como la mentalización o la regulación afectiva. Para ello, la familia también ha de conocer el papel que el apego tiene en el afrontamiento resiliente de la enfermedad.

- Los profesionales sanitarios, por las características diferenciales del cáncer, pueden convertirse en figuras de apego secundarias para muchas de las personas afectadas.
- El equipo sanitario también ha de proporcionar una base segura para la persona con cáncer, promoviendo una alianza terapéutica que facilite el afrontamiento efectivo y el comportamiento proactivo de la persona afectada.
- Conviene que la persona afectada pueda identificar a un miembro del equipo sanitario que actúe como interlocutor sensible frente a sus necesidades y demandas, y que permita resolver las dudas razonables que vayan surgiendo, así como los inevitables malestares emocionales que se despiertan frente a una situación que pone en peligro la integridad física y la vida de la persona.
- La comunicación personal sanitario y persona afectada es un elemento fundamental. Conviene adaptar esta comunicación a las características de apego de las personas afectadas a fin de optimizar los recursos y promover estrategias comunicativas más eficaces.

Finalmente, señalar que la teoría del apego puede ser también útil en el entrenamiento de los profesionales sanitarios dado que, en su proceso de aprendizaje, se encuentran con situaciones prácticas que fácilmente generan ansiedad e inseguridad, y donde sus conductas de apego se ponen también en juego. Así pues, de acuerdo con los datos recogidos en esta investigación y las

observaciones de Hunter, Maunder, Ravitz y Soklaridis (2016), la teoría del apego aplicada a la formación de los profesionales sanitarios sugiere que:

- El miedo y la ansiedad frente a la tarea asistencial crea inseguridad, y esto reduce el margen de libertad a la hora de explorar y aventurarse, afectando al aprendizaje.
- Resulta imprescindible que el formador-supervisor cree un marco de aprendizaje a modo de base segura que permita al profesional en formación esa exploración y esa puesta en práctica.
- Fomentar la mentalización (o función reflexiva)¹⁹, que viene a ser la competencia para percibir e interpretar el comportamiento propio y ajeno como un fenómeno relacionado con creencias, sentimientos, deseos, y otros aspectos emocionales. Porque el profesional sanitario, al igual que la persona afectada, tiene un estilo de apego con el que interpreta la realidad, su comportamiento y el de los demás. Tomar consciencia de este fenómeno y de la naturaleza relacional del comportamiento humano puede ayudar a ambos a establecer una sólida alianza para afrontar el proceso de la enfermedad, puesto que, como se ha visto, el sistema de creencias de la persona afectada influye también en la manera en que vive la enfermedad y la afronta.

Este aprendizaje es especialmente relevante dado que una estrecha relación médico-paciente es importante para la persona afectada; no en vano, la persona enferma está en una situación de vulnerabilidad y, en este contexto, siente que la confianza en “su médico” es decisiva para despejar sus dudas y modular sus miedos. Como se ha observado en esta investigación, para las personas enfermas

¹⁹ El término “mentalización” (o mentalizar) es un término desarrollado por la Ecole Psychosomatique de París y utilizado por primera vez por Fonagy en 1989 como un marco de comprensión en relación a algunos trastornos mentales (Bateman y Fonagy, 2010). No obstante, se utiliza también para comprender e interpretar el comportamiento de uno mismo y de los demás.

es sumamente importante sentir que están presentes en la mente de los demás. Y este “estar presentes” afianza la confianza y favorece su vinculación con el equipo asistencial y una actitud proactiva frente a la enfermedad.

Finalmente, la relación tradicional médico-paciente está en proceso de transformación hacia un modelo centrado en el paciente, en el que la persona tiene un papel protagonista y proactivo. Este modelo implica una redefinición de la relación terapéutica, de manera que el profesional sanitario deberá mejorar sus estrategias de comunicación y sus competencias para la toma de decisiones compartida y para trabajar en colaboración con el paciente. En definitiva, la práctica asistencial requiere competencia y compasión, “ésta es la única alternativa para una medicina que pretenda ser humanística” (Fricchione, 2011:47, traducción propia).

11. BIBLIOGRAFIA²⁰

²⁰ Para la citación de las referencias bibliográficas, se utiliza la sexta edición del manual de estilo de la Asociación Americana de Psicología (APA), tal y como se recoge en el web de la biblioteca de la Universitat de Girona (<http://www.udg.edu/biblioteca/Comcitardocuments/tabid/23146/language/ca-ES/Default.aspx>), actualizada en Septiembre de 2016.

- Abad, E. (2013). Introducción a la investigación cualitativa en salud en el marco de la formación especializada. En V. Soria (dir.), *Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Programa transversal y complementario del residente (PTCR)* (p. 87-96). Murcia: Consejería de Sanidad.
- Acero, P. D. (2008). Resistencia, resiliencia y crecimiento postraumático. Elementos para una mirada comprensiva y constructiva de la respuesta al trauma. *IX Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=34054&seccion=congreso&edicion=2008
- Acinas, M. P. A. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65-71. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.003> 1134-5934/
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2013). *Informe efecto de las intervenciones psicosociales en pacientes de cáncer*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Recuperado de <http://www.cop-asturias.org/uploads//PDF/Articulo-pacientes-cancer.pdf>
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (2014). *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (2007). *Qué es el cáncer*. Atlanta. Recuperado de http://www.atsdr.cdc.gov/es/General/cancer/es_cancer_fs.pdf
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792-812. Recuperado de <http://europepmc.org/backend/ptpmrender.fcgi?accid=PMC1911889&blobtype=pdf>
- Ainsworth, M. D. S. (1993). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. En C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, y P. Marris, P. (ed.), *Attachment across the life cycle* (p. 32-51). London: Routledge.
- Álamo, G., Caldera, M. F., Cardozo, M. J., y González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Formación Gerencial*, 2, 268-294. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4192196.pdf>
- Aliaga, F. (2000). *Bases epistemológicas y proceso de investigación psicoeducativa*. Universitat de València. Recuperado de <http://www.uv.es/aliaga/curriculum/ProcesoGeneraldeInvestigacion.pdf>
- Allard, N. C. (2007). Day Surgery for Breast Cancer: Effects of a Psychoeducational Telephone Intervention on Functional Status and Emotional Distress. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 133-141. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.sire.ub.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d59ff3f8-767c-4c09-aed7-c42a8eebf086%40sessionmgr101&vid=0&hid=124>
- Alonso, C., y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>

- Alonso, Y., Fontanil, Y., y Ezama, E. (2015). Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 461-475. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/download/191961/175541>
- American Psychological Association (2013). *El camino a la resiliencia*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx#>
- Amezcuca, M., y Carricondo, A. (2000). Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud. *Index de Enfermería*, 28-9, 26-34. Recuperado de <http://www.index-f.com/cuali/CUALIESP.php>
- Ander-Egg, E. (2011). *Aprender a investigar. Nociones básicas para la investigación*. Córdoba: Brujas.
- Anders, S. L., y Tucker, J. S. (2000). Adult attachment style, interpersonal communication competence and social support. *Personal Relationships*, 7, 379-389. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00023.x>
- Ansermet, F., y Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Madrid: Katz.
- Aragonès, E., Cardoner, N., Colom, F., y López, G. (2014). *Guía de Buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>
- Arrighi, E., Blancafort, S., y Jovell, A. J. (coord.) (2008). *Evaluación de la calidad de la asistencia oncológica en España*. Barcelona: Fundació Joan Laporte. Recuperado de http://www.universidadpacientes.org/docs/libro_oncolog.pdf
- Arrighi, E., y Jovell, A. J. (coord.) (2011). *Después del cáncer*. Barcelona: Fundació Josep Laporte. Recuperado de http://www.universidadpacientes.org/cancer/docs/despues_del_cancer.pdf
- Artuch-Garde, R. (2014). *Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social que acuden a programas de cualificación profesional inicial* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Navarra, Pamplona. Recuperado de <http://dadun.unav.edu/handle/10171/36188>
- Asociación Española Contra el Cáncer (2012). *Diccionario de términos*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Diccionario/Paginas/Diccionario.aspx>
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2011). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1959. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/metologia.pdf>

- Baca, D. (2014). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. *Revista de Peruanos de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 107-124. Recuperado de http://web.uigv.ni7.co/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/Rev_Peruana_PTS_5_FINAL.pdf
- Bacardí, R. (1977): La salut segons l'OMS. *Actas del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis doctoral no publicada). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/4740>
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 505-520. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
- Bakermans-Kranenburg, M., y van Ijzendoorn, M.,H.. (2010). The first 10.000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11(3), 223-263. Recuperado de <http://www.marinusvanijzendoorn.nl/wp-content/uploads/2012/07/Bakermans-KranenburgvanIjzendoorn2009AHDThefirst10000.pdf>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf>
- Balluerka, N. Muela, A., Amiano, N. y Caldentey, M. A. (2014). Influence of animal-assisted therapy (AAT) on the attachment representations of youth in residential care. *Children and Youth Services Review*, 42, 103-109. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0190740914001571>
- Barragan, B., y Jovell, A. (2012). *Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer*. Madrid: Grupo Español de Pacientes con Cáncer. Recuperado de http://www.gepac.es/docs/informe_supervivientes.pdf
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. Recuperado de <http://members.psyc.sfu.ca/documents/doc/144>
- Bartholomew, K., y Shaver, P. R. (1998). Methods of Assessing Adult Attachment. Do They Converge? En: J. A. Simpson y S. Rholes (ed.), *Attachment theory and close relationships* (p. 24-45). New York: Guilford Press.
- Barudy, J. (2016). Tiempos de resiliencia. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2016/03/22/actualidad/1458660245_345067.html?id_externo_r_soc=TW_CC

- Bateman, A., y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/pdf/wpa010011.pdf>
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2007). *Temps líquids. Viure en una época d'incertesa*. Barcelona: Viena Edicions.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia. Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2006-E3EEEF3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092&dsID=PDF>
- Bedoya, E., Y. (2012). *Apego y esquizotipia en población no clínica* (Tesis doctoral. No publicada). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/96180>
- Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M., y Phillips, R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 53-59. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S0738399110005264/1-s2.0-S0738399110005264-main.pdf?_tid=19fb8bbe-b234-11e5-803e-00000aab0f01&acdnat=1451837434_ad742d2c0b099afa124ffee757d9ebdb
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29. Recuperado de http://www.sitiosur.cl/publicaciones/Revista_Proposiciones/PROP-29/14BERTAU.DOC
- Bettelheim, B. (1950). *Con el amor no basta* (ed. 1983). Barcelona: Hogar del Libro.
- Bieliauskas, L. A. (1986). Cáncer, estrés y depresión. En C. L. Cooper, *Estrés y cáncer*. (p. 45-60). Madrid: Díaz de Santos.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/99071/94661>
- Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. Recuperado de <https://www.tc.columbia.edu/faculty/gab38/faculty-profile/files/americanPsychologist.pdf>

- Brazelton, T. B., y Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B., y Greenspan, S. I. (2005). *Las necesidades básicas de la infancia*. Barcelona: Graó.
- Braun, M., Hales, S., Gilad, L., Mikulicer, M., Rydall, A., y Rodin, G. (2012). Caregiving styles and attachment orientations in couples facing advanced cancer. *Psychooncology*, 21(9), 935-943. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21544898>
- Breck, E. (1998). *SoundScriber*. University of Michigan Regents. Recuperado de <http://www-personal.umich.edu/~ebreck/code/sscriber/>
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-psiquiatria-salud-mental--286/resiliencia-una-aproximacion-al-concepto-13189836-revision-2010>
- Cabrera, A., y Ferraz, R. (2011). El impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Biomedicina*, 6(1), 42-48. Recuperado de http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/impacto_del_cancer_en_la_dinamica_familiar.pdf
- Calatayud, M. P. (2009). *Las relaciones de amor a lo largo del ciclo vital: cambios generacionales* (Tesis doctoral no publicada). Universitat de València, Valencia.. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10238/calatayud.pdf?sequence=1>
- Calesso, M. (2007). *Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada* (Tesis doctoral no publicada). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2007/tdx-1114108-103801/mcm1de1.pdf>
- Calvo, V., Palmieri, A., Marinelli, S., Bianco, F., y Kleinbub, J. R. (2014). Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: the crucial role of patients' attachment style. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 517-534. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24988462>
- Camelo, S. M. (2005). Psiconeuroinmunología: breve panorámica. *Diversitas*, 1(2), 148-160. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a04.pdf>
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>
- Cano, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Crítica*, 968, 12-16. Recuperado de <http://revista-critica.com/wp-content/uploads/2012/11/968-Atrapados-por-el-estrés-jul-ago-2010.pdf>

- Cano, A., Sirgo, A., y Díaz-Ovejero, M. B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con la salud y la enfermedad. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (coord.), *Emociones y salud* (p. 69-88). Barcelona: Ariel.
- Cárdenas, R. y López, F. (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 12-13, 59-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1350/135016217004.pdf>
- Castaño, A.M., y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/41949/39952>
- Castellano-Tejedor, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, Ll., Sábado-Álvarez, C., y Blasco, T. (2015). Social support during childhood cancer treatment enhances quality of life at survival. *Anales de Psicología*, 31(3), 808-817. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.193571>
- Casullo, M. M., y Fernández, M. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de Investigaciones*, XII, 183-192. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a18.pdf>
- Catalá, E. (2015). *Apego, ansiedad y depresión como variables psicológicas predictoras de evolución del trasplante hematopoyético* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Murcia, Murcia. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/371746/TECO.pdf?sequence=1>
- Cerezo, M. V. (2013). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Informació psicològica*, 106, 17-27. Recuperado de https://www.cop-cv.org/db/cke_uploads/files/Informaci%C3%B3%20Psicol%C3%B2gica%202.pdf
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009). Expresión de las emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492010>
- Cerezo, M. A., Pons-Salvador, G., y Trenado, R. (2011). La cualidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocial. *Acción Psicológica*, 8(2), 9-25. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/185/140>
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., y Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1045-1052. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195009>
- Cofiño, R., Álvarez, B., Fernández, S., y Hernández, R. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Atención Primaria*, 35(9), 478-483. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-promocion-salud-basada-evidencia-realmente-funcionan-los-13075472>
- Colomer, C., y Álvarez-Dardet, C. (2000). Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En C. Colomer y C. Álvarez-Dardet, *Promoción de la salud y cambio social* (p. 27-45). Barcelona: Masson.

- Comitè de Bioètica de Catalunya (2003). *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. Recuperado de http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/26_bioetica/documents/Guia_recomanacions_sobre_consentiment_informat.pdf
- Cornejo, M. (2006). El enfoque biográfico. Trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Psykhè*, 15(1), 95-106. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282006000100008&script=sci_arttext
- Cornejo, M., Mendoza, F., y Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhè*, 17(1), 29-39. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf>
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.527.7772&rep=rep1&type=pdf>
- Crelinsten, G. L. (2011). Whole Person Care in a Busy Medical Ward. En T. A. Hutchinson, T. A. (ed.), *Whole Person Care. A New Paradigm for the 21st Century*. New York: Springer.
- Crowell, J., y Waters, E. (2005). Attachment Representations, Secure-Base Behavior, and the Evolution of Adult Relationships. En K. E. Grossmann, K. Grossmann y E. Waters (ed.), *Attachment from Infancy to Adulthood* (p. 223-243). New York: The Guilford Press.
- Cruz, A., Castillo, Z., Pérez, J., y Abeledo, A. (2015). A woman-centered educational program for primary prevention of lung cancer in a cuban municipality, 2012-2013. *MEDICC Review*, 17(4), 44-47. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/sire.ub.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d65fae36-ccf7-4f7c-8a64-9c9342a03c42%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4209>
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1704670&orden=1&info=link>
- Cyrułnik, B. (2004). La construcción de la resiliencia en el transcurso de las relaciones precoces. En B. Cyrułnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, y M. Manciaux, *El realismo de la esperanza* (p.17-32). Barcelona: Gedisa.
- Cyrułnik, B. (2007). *De cuerpo y alma*. Barcelona: Gedisa.
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf)
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

- De Cáceres, M. L. (Coord.) (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Madrid: Pfizer. Recuperado de https://www.pfizer.es/docs/pdf/profesional_sanitario/publicaciones/Manual_Pacientes_Oncologicos_y_Familiares.pdf
- De la Maza, V., Fernández, M., Concha, L., Santolaya, M. E., Villarroel, M., Castro, M., y Torres, J. P. (2015). Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(5), 351-356. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0370410615000418>
- De Vries, M. y Stiefel, F. (2014). Psycho-Oncological Interventions and Psychotherapy in the Oncology Setting. En U. Goerling, (Ed.) *Psycho-Oncology. Recent Results in Cancer Research* (p. 121-136). Berlin: Springer-Verlag.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Madrid: Gedisa.
- Delgado, I., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27(1), 155-163. Recuperado de revistas.um.es/analesps/article/download/113581/107571
- Departament de Salut (2009). *Model per a l'organització de l'atenció psicooncològica hospitalària*. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/docs/cancer/MERY/DOCUMENTS/Model%20per%20a%20l'organització%20de%20l'atenció%20psicooncològica%20hospitalària1.pdf>
- Departament de Salut (s/n). *Programa Pacient Expert Catalunya*. Recuperado de http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/participacio/pacient_expert/
- Departament de Salut (2016). *Enquesta de salut de Catalunya Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya Informe dels principals resultats 2015*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf
- Desmarais, D. (2009). El enfoque biográfico. *Cuestiones Pedagógicas*, 20, 27-54. Recuperado de http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/20/art_02.pdf
- Dever, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466. Recuperado de <http://search.proquest.com.sire.ub.edu/docview/1308070408/fulltextPDF/E4DDC8F02FD6458FPQ?accountid=15293>
- Devillard, M. J. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51, 79-89. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_051_06.pdf

- Díez, E., Juárez, O., y Villamarín, F. (2005). Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Medicina Clínica*, 125(5), 193-197. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/pdf/13077143/S300/>
- Echevarría, R. (2002): Contra la corrosió del caràcter: cap a una concepció complexa de la salut mental. *Aloma. Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna*, 10, 20-32. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/96534/154277>
- Edo, M. T., y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/Sida y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2006-E709E48F-2443-0939-4383-1CDAD32B9C52&dsID=PDF>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Recuperado de <http://meagherlab.tamu.edu/M-Meagher/Health%20360/Psyc%20360h%20articles/Engel%201977%20360h.pdf>
- Erderlyi, M. H. (1987). *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Labor.
- Esparza, T.; Martínez, T.; Leibovich, N.; Campos, R. y Lobo, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(2-3), 303-314. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/sire.ub.edu/index.php/PSIC/article/view/51011/47339>
- Espinàs, L. (2010). *Històries de malaltia: anàlisi narrativa en l'experiència de càncer* (Tesis doctoral no publicada). Universitat de Girona, Girona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/8018>
- Farías, L., y Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(1), 53-68. Recuperado de http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/fariasmontero.pdf
- Farré, Ll. (2013). Prólogo. En: A. Talam; F. Sáinz y A. Rigat, *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo* (p. 13-24). Barcelona: Herder.
- Fawzy, F. J. (1999). Psychosocial Interventions for Patients with Cancer: What Works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0959804999001914>
- Felipe, E., León del Barco, B., López, V. M., y Gómez, T. (2008). Estilos de apego y calidad de las relaciones interpersonales en jóvenes adultos. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 185-190. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_185-190.pdf

- Fernandes de Araújo, L., Teva, I., y Bermúdez, M. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Fernández-Ballesteros, R. y Calero, M. D. (2013). Garantías científicas y éticas de la evaluación psicológica. En: R. Fernández-Ballesteros, R. (dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (p. 125-166). Madrid: Pirámide.
- Fernández Díaz, N. (2012). *Metáforas sobre la leucemia en los discursos científicos, en los mediáticos y en las narrativas personales* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Filosofia-Nfernandez&dsID=Documento.pdf>
- Fernández-López, V., Denia, F., Jurado, R., Pérez, S., Navío, M., y Jiménez-Arriero, M. A. (2010). *Manual de psico-educación para pacientes con cáncer de mama*. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Fernández Noval, F., y Cofiño, R. (2009). *Análisis de la situación de la salud en Asturias*. Dirección General de Salud Pública. Recuperado de <http://dl.dropboxusercontent.com/u/2352736/ASSA/assa.pdf>
- Fernández Ortega, M. A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-254. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=21&IDARTICULO=817&IDPUBLICACION=231>
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, 3. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1256961&orden=250710&info=link>
- Font, A. (2000). La dimensió psicológica del càncer: un model integrador de la qualitat de vida dels malalts en la presa de decisions terapèutiques (p. 343-355). Libro de ponencias del *Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Recuperado de <http://taller.iec.cat/cmibllc/fons/16/16.01.041.pdf>
- Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0707220423A/15646>
- Forés, A., y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Fortuny, M., y Molina, M. C. (2006). *Educació per a la salut*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Fraley, R. C., y Shaver, P. R. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154. Recuperado de <http://academic.udayton.edu/jackbauer/Readings%20595/Fraley%2000%20attch%20rev%20copy.pdf>

- Fricchione, G. (2011). Separation-Attachment Theory in Illness and the Role of the Healthcare Practitioner. En T. A. Hutchinson, T. A. (ed.), *Whole Person Care. A New Paradigm for the 21st Century*. New York: Springer.
- Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (2012). *Generalidades en Oncología*. Fundación ECO. Recuperado de <http://www.fundacioneco.es/images/stories/ECO/AsistenciaAlPaciente/InformacionTumores/1.Generalidades.pdf>
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 581-595. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16107/15964>
- Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(129), 45-61. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16941/16811>
- Galindo, O., Rojas, E., Ascencio, L., Meneses, A., Aguilar, J. L., Olvera, E., Díez, F., y Alvarado, S. (2015). Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 87-104. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.sire.ub.edu/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109815719&site=ehost-live&scope=site>
- Garassini, M. E. (2008). Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. *Revista Psicodébate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 93-104. Recuperado de <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/10226/573/1/9Psico%2006.pdf>
- García Romero, B. C. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil* (Tesis doctoral no publicada). Universitat Ramon Llull, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/32141>
- García, F., y Alós, F. J. (2015). Tratamientos psicológicos eficaces para reducir la fatiga en los supervivientes al cáncer: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 182-188. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2611.pdf>
- García, T., y Valdverde, J. J. (2013). Ética en la investigación. En V. Soria (dir.), *Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Programa transversal y complementario del residente (PTCR)* (p. 35-42). Murcia: Consejería de Sanidad.
- Gargantilla, P. (2008). *Manual de historia de la medicina*. Málaga: Grupo Editorial 33.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04.pdf>
- Gayton, J. E. (2001). *Working Models of Attachment and Health Threats: Distress, Appraisal, Coping and Health-Related Behaviours in Colorectal Cancer* (Tesis doctoral no publicada). University of Ottawa, Ottawa. Recuperado de <https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/9000/1/NQ66147.PDF>

- Germà, J. R. (2009). Las secuelas crónicas de los tratamientos oncológicos. Jornada *Convivir con el cáncer y sus secuelas: un reto personal, científico y sanitario*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado de https://www.aecc.es/Investigacion/Fundaci%C3%B3n%20Cient%C3%ADfica/quehacemos/Documents/resumen_jornadaSSCC_181109.pdf
- Gérvas, J. y Pérez, C. (2008). Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 577-579. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v82n6/editorial.pdf>
- Gil, F., y Novellas, A. (2004). Modelo de atención psico-social en oncología: standards. *Psicooncología*, 1(1), 179-184. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705541&orden=1&info=link>
- Gil Hernández, G. E. (2012). *Los procesos holísticos de resiliencia en el desarrollo de identidades autorreferenciadas en lesbianas, gays y bisexuales* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10553/4498>
- Gil Villa, F. (2012). *La cara social del cáncer*. Barcelona: Octaedro.
- Girón Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
- Glasgow, R. E., y Linnan, L. A. (2008). Evaluation of theory-based interventions. En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. Viswanath (ed.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (p. 487-508). San Francisco: Jossey-Bass.
- Goffman, E. (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gol, J. (1977). La salut. *Anals de Medicina*, 63(7), 1025-1040. *Actas del Xè Congrès de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*.
- Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Romera, E. V., y Ortega-Ruiz, R. (2015). Los estilos educativos paternos y maternos en la adolescencia y su relación con la resiliencia, el apego y la implicación en acoso escolar. *Anales de Psicología*, 31(3), 414-425. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/180791/172891>
- Gómez Talavera, E. L. (2012). Evaluación del apego en estudiantes universitarias. *Revista Horizonte de Medicina*, 12(3), 42-46. Recuperado de http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_3/Art6_Vol12_N3.pdf
- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (2016). Síndrome de la espada de Damocles. Recuperado de <http://www.ecancercampus.com/mod/page/view.php?id=458>
- Grau Rubio, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 195-212. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART20076/grau.pdf>

- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En: A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (p. 19-30). Buenos Aires: Paidós.
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Guest, G., Bunce, A., y Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. Recuperado de <http://fm.sagepub.com/content/18/1/59.full.pdf>
- Gunderman, R. B. (2003). La enfermedad como fracaso: la culpación de los pacientes. *Ars Médica. Revista de Humanidades*, 2, 189-198. Recuperado de https://www.fundacionpfiizer.org/docs/pdf/publicaciones/humanidades/revistaars/Revista_ARS_Medica-numero_4-noviembre_2003/ars_medica_2003_vol02_num04_189_198_gunderman.pdf
- Hamilton, N. y Bhatti T. (1996). *Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion*. Ontario: Health Promotion Development Division. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/index-eng.php>
- Hazan, C., y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. Recuperado de <http://www2.psych.ubc.ca/~schaller/Psyc591Readings/HazanShaver1987.pdf>
- Heaney, C. A., e Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. Viswanath (ed.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (p. 189-210). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hernández, M., y Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24, 1-9. Recuperado de <http://clysa.elsevier.es/index.php?p=watermark&idApp=UINPBA000042&piitem=S113052741370001X&origen=clysa&web=clysa&urlApp=http://clysa.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaltem=es>
- Hernández, M., Cruzado, J. A., y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1), 179-191. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303945&orden=161279&info=link>
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, M. C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. A. y Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 299-316. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/40895/39152>
- Hernández, F., y Maquilón, J. J. (2010). El proceso de investigación. Del problema al informe de investigación. En F. Hernández, M. P. Colás y L. Buendía (coords.), *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral* (p. 31-55). A Coruña: Davinci Continental.

- Hinnen, C. (2016). Adaptation to Cancer from the Perspective of Attachment Theory. En J. Hunter, y E. Maunder (ed.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (p. 75-92). London: Springer.
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Diccionario del Pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hinshelwood, R., y Robinson, S. (1997). *Klein para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Holwerda, N., Sanderman, R., Pool, G., Hinnen, C., Langendijk, J. A., Bemelman, W., Hagedoorn, M., y Sprangers, M. G. (2013). Do patients trust their physician? The tole of attachment style in the patient-physician relationship wihin one year after a cancer diagnosis. *Acta Oncologica*, 52, 110-117. Recuperado de http://www.rug.nl/research/portal/files/2369074/Holwerda_2013_Acta_Oncol.pdf
- Hugues, N. D. (2010). *Living with Cancer in Old Age. A Qualitative Systematic Review and a Narrative Inquiry* (Tesis doctoral no publicada). University of Glasgow, Glasgow. Recuperado de <http://theses.gla.ac.uk/2651/1/2010hughesphd.pdf>
- Hunter, J., y Maunder, R. (2016). On the Floor wih C and L. En J. Hunter, y E. Maunder (ed.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (p. 107-126). London: Springer.
- Hunter, J., Maunder, R., y Lan Le, T. (2016). Fundamentals of Attachment Theory. . En J. Hunter, y E. Maunder (ed.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (p. 9-26). London: Springer.
- Hunter, J., Maunder, R., Ravitz, P., y Soklaridis, S. (2016). "Tell Me What You Understand About Your Patient": Applying Attachment Principles to Medical Education. En J. Hunter, y E. Maunder (ed.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (p. 177-188). London: Springer.
- Huntsinger, E. T., y Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: the mediatonal role of self-esteem. *Psychology and Health*, 19(4), 515-526. Recuperado de <http://www.asu.edu/xed/resilience/images/HuntsingerANDLuecke04.pdf>
- Infante, F. (2001). La resiliencia como proceso. En A. Melillo, y E. N. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (p. 31-53). Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np664.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Estadificación*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

- Instituto de Prospectiva Internacional (2015). *IndexLife. El barómetro de las preocupaciones cotidianas de los españoles. Barómetro de invierno 2015*. Recuperado de http://media.wix.com/ugd/b78440_96e3fd79f2ba47ba998a2edbb9af7ed5.pdf
- Jovell, A. J., y Navarro, M. D. (2006). *Necesidad y demanda del paciente oncológico*. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Recuperado de <http://www.fundsis.org/docs/Necesidad-y-demanda-del-paciente-oncologico-9.pdf>
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3699537.pdf>
- Kalawski, J. P., y Haz, A. M. (2003). Y...¿dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 365-372. Recuperado de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03726.pdf>
- Keltner, B., y Walker, L. (2006). La resiliencia para aquellos que necesitan cuidados de salud. En: E. H. Grotberg (comp.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (p. 209-234). Barcelona: Gedisa.
- Kidd, T. (2016). The Psychobiology of Attachment and the Aetiology of Disease. En J. Hunter, y E. Maunder (ed.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (p. 157-176). London: Springer.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-248. Recuperado de <http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/ShlavB/culture%20illness%20and%20care.pdf>
- Knight, C. (2007). A resilience framework: perspectives for educators. *Health Education*, 107(6), 543-555. Recuperado de www.emeraldinsight.com/0965-4283.htm
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Lacasa, F., y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 24, 83-93.
- Lafaurie, M. M., Caviedes, M. B., Cortés, C. M., Guzmán, A. M., Hernández y Rubio (2007). Historias de vida de niños(as) con cáncer: construcción de significado y sentido. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2(2), 55-65. Recuperado de <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1394/1000>
- Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problema down into more manegeable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), 388-393. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf>

- Lafuente, M. J., y Cantero, M. J. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Madrid: Pirámide.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Latorre, A., Del Rincón, D., y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Ediciones Experiencia.
- Lemos, M. (2015). La teoría de la alóstatís como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales De Psicología / Annals Of Psychology*, 31(2), 452-461. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>
- León, C., Miralpeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martín, A, y Seguí, M. A. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2-3), 263-274. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1506444461/fulltextPDF/B5992071D5CA4982PQ/1?accountid=15225>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298 (1999). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 (2002). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Lifshitz, A. (2010). El papel del paciente en la atención de las enfermedades. *Medicina Interna de México*, 26(1), 1-4. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101a.pdf>
- Liu, Y., Zhang, Y., Liu, Z. y Wang, J. (2015). Gaps in studies of global health education: an empirical literature review. *Global Health Action*, 8, 1-9. Recuperado de http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25709/pdf_73
- Llantá, M. C., Grau, J., Massip, C., Pire, T., Rivero, M. S., y Ortiz Viveros, G. R. (2005). La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptualización. *Psicología y Salud*, 15, 2, 187-194. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29115203.pdf>
- Llei 21/2000, de 29 d desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOGC núm 3353 (2001). Recuperado de http://www4.gencat.cat:82/BASIS/dogc/TOTAL/text_catala/DDD/00364003.htm

- Llei 16/2010, de 3 de juny de modificació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOGC núm. 5647 (2010). Recuperado de <http://www.gencat.cat/eadop/imagenes/5647/10153089.pdf>
- Llinares, L., Benedito, M. A., y Piqueras, A. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología y Sociedade*, 22(2), 318-327. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/12.pdf>
- Llubià, C. (2008). La comunicación como terapia imprescindible. *Psicooncología*, 5(2-3), 233-243. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220233A/15366>
- López, F. (2003). Apego y relaciones amorosas. *Información psicológica*, 82, 36-48. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/382/330>
- López, F. (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y Aprendizaje*, 29(1), 9-23. Recuperado de <http://www.tandfonline.com.sire.ub.edu/doi/pdf/10.1174/021037006775380830>
- López-Barajas, E. (2006). La investigación biográfica, estrategia de educación para la salud. *Revista Española de Pedagogía*, 235, 465-482. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2200915.pdf>
- López, M. L., Fernández, J. M., López, S., Del Valle, M. O., García, J. B., y Cueto, A. (2003). Evaluación de la implementación del programa FAPACAN para prevenir el riesgo conductual de cáncer en usuarios de atención primaria del norte de España. *Revista Española de Salud Pública*, 77(6), 681-690. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/170/17077602.pdf>
- López, Y., Veloso, E., Herrera, L. F., y Martínez, A. D. (2008). Programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Duazary*, 6(1), 32-41. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788249.pdf>
- Lossa, L., Corbella, S., y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-6.pdf>
- Lucariello, E. (2012). *Los tipos de amor y las dimensiones de apego en las mujeres víctimas de maltrato* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura, Badajoz.. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10662/367>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guideline for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/pdf/nihms-21559.pdf>
- Madariaga, J. M. (coord.). (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Barcelona: Gedisa.

- Malin, J. I., Schneider, E. C., Epstein, A. M., Adams, J., Emanuel, E. J., y Kahn, K. L. (2006). Results of the National Initiative for Cancer Care Quality: How Can We Improve the Quality of Cancer Care in the United States? *Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 626-634. Recuperado de <http://jco.ascopubs.org/content/24/4/626.full.pdf+html>
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2003). Conclusiones y perspectivas. En: M. Manciaux (comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (p. 303-318). Barcelona: Gedisa.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marrone, M. (2008). La teoría del apego como marco psicoanalítico. En S. Yárnoz (comp.), *La teoría del apego en la clínica. Evaluación y clínica* (p.15-36). Madrid: Psimática.
- Martínez, C., y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psykhé*, 14(1), 181-191. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci_arttext
- Martínez-Álvarez, J., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I., y González-Ortega, E. (2013). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales De Psicología / Annals Of Psychology*, 30(1), 211-220. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.135051>
- Martínez Rizo, F. (2002). Las disputas entre paradigmas en la investigación educativa. *Revista Española de Pedagogía*, 221, 27-50. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/244758.pdf>
- Martínez Sánchez, F., y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-109. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/01-10_2.pdf
- Martínez Valero, C. (2011). *Psico-Oncología e Indefensión Aprendida: Un estudio clínico* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Granada, Granada. Recuperado de <http://0-hera.ugr.es/adrastea.ugr.es/tesisugr/19664540.pdf>
- Masana, A. (2011). Investigación biomédica en vínculo. En: *La teoría del apego en la promoción de la salud: creando redes* (p. 105-114). Ponencias de las XI Jornadas de Apego y Salud Mental, organizadas por la International Attachment Network, Sección Iberoamericana. Madrid: Psimática.
- Massot, I., Del Campo, J., Sandin, M. P., y Sanchez, A. (2013). Resiliencia y éxito escolar en el alumnado de secundaria de procedencia extranjera. Actas del XVI Congreso Nacional / II Internacional Modelos de Investigación Educativa de la Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica (AIDIPE), 67-75. Recuperado de http://www.uv.es/aidipe/congresos/Actas_XVI_Congreso.pdf
- Massot, I., Dorio, I., y Sabariego, M. (2004). Estrategias de recogida y análisis de la información. En: R. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la investigación educativa* (p. 329-366). Madrid: La Muralla.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. Recuperado de <http://mina.education.ucsb.edu/janeconoley/ed197/documents/mastenordinarymagic.pdf>
- Mateu Pérez, R., García-Renedo, M., Gil Beltrán, J. M., y Caballer Miedes, A. (2010). ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. *Fòrum de Recerca*, 15, 231-248. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf?sequence=1
- Maunder, R. G., y Hunter, J. J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.491.4108&rep=rep1&type=pdf>
- Maunder, R. G. y Hunter, J. J. (2008). Attachment Relationships as Determinants of Physical Health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 11-32. Recuperado de <http://guilfordjournals.com.sire.ub.edu/doi/pdf/10.1521/jaap.2008.36.1.11>
- Maunder, R. G., y Hunter, J. J. (2012). A Prototype-Based Model of Adult Attachment for Clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(4), 549-574. Recuperado de <http://guilfordjournals.com.sire.ub.edu/doi/pdf/10.1521/pdps.2012.40.4.549>
- McWilliams, L. A., y Bailey, S. J. (2010). Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence From the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, 29(4), 446-453. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/hea-29-4-446.pdf>
- Medrano, C.; Cortés, A., y Aierbe, A. (2004). Los relatos de experiencias en la edad adulta: un estudio desde el enfoque narrativo. *Anuario de Psicología*, 35(3), 371-397. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61796/96261>
- Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación* (Tesis doctoral no publicada). Universitat de València, Valencia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/10234>
- Melero, R., y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a04.pdf>
- Melillo, A., Estamatti, M., y Cuestas, A. (2001). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. En: A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (p. 83-102). Buenos Aires: Paidós.

- Meltzer, D., y Harris, M. (1989). *El paper educatiu de la família*. Barcelona: Espaxs.
- Milberg, A., Wahlberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E. C., Olsson, M., y Friedrichsen, M. (2011). What is a “secure base” when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psychooncology*, 21(8), 886-895. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21557383>
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics and Change*. New York: The Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2010). *El código europeo contra el cáncer*. Recuperado de http://www.mspsi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo_Cancer.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica de las Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Indicadores de salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Patrones de mortalidad en España, 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad.
- Mira, J. J. (2005). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Monografías Humanitas*, 8, 111-123. Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>
- Molina, M. C., y Cabra, Q. (2005). Nuevos retos de la Educación para la Salud: las sociedades multiculturales y las nuevas prioridades. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 12-13, 71-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135016217005>
- Monroy Cortés, B. G., y Palacios Cruz, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud mental*, 34(3), 237-246. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n3/v34n3a7.pdf>
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*, 3(1), 139-152. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/.../15948>
- Monteoliva, A. (2002). *El estilo de apego adulto y su incidencia en la relación actitud-conducta desde la teoría de la conducta planificada* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Granada, Granada. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/28977>
- Montero, I., y Leon, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

- Mora, F. (2001). *El reloj de la sabiduría. Tiempos y espacios en el cerebro humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Morales, J. M., Gonzalo, E., Martín Santo, F. J., y Morilla, J. C. (2008). Salud pública basada en la evidencia: Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 5-20. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100002&lng=es.
- Moreno, R. (2010). *Estilos de apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
- Moreno-Zazo, M., y Pedro, A. (2007). Comunicación en la interacción oncólogo-paciente. *JANO*, 1634, 19-25. Recuperado de <http://test.elsevier.es/ficheros/sumarios/1/0/1634/44/1v0n1634a13097504pdf001.pdf>
- Morin, E. (2000). *Els set coneixements necessaris per a l'educació del futur*. Barcelona: Centre UNESCO de Catalunya.
- Mukherjee, S. (2011). *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Madrid: Taurus.
- Munist, M., Santos, H., Kotliareco, M. J., Suárez-Ojeda, Suárez, E., y Infante, F. (1998). *Manual de identificación y de promoción de la resiliencia, en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Muñoz-Silva, S. (2012). El estudio de la resiliencia desde la perspectiva evolutiva y su aportación a la comprensión del riesgo y la protección en la intervención social. *Portularia*, XII(1), 9-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024645002>
- Navarro, C. (2003). La resiliencia: algo más que un concepto fronterizo. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 25, 30-47.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., y Savolainen, N. J. (2002). Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584. Recuperado de <http://jnci.oxfordjournals.org/content/94/8/558.long>
- Nieto, J. A. (1983). Algunos aspectos culturales de las enfermedades y de la medicina. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 2, 137-148.
- Ochoa, C.; Castejón, V.; Sumalla, E. C. y Blanco, I. (2013). Crecimiento post-traumático en supervivientes de cancer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31(1), 81-92. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000100008

- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J.; Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en càncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de càncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3228780&orden=279748&info=link>
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-65. Recuperado de <http://personal.us.es/oliva/apego%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Olivares, M. E. (1996). *Factores biopsicosociales de la enfermedad neoplásica mamaria* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4010001.pdf>
- Ollero, M., y Orozco, D. (coord.). (2011). *Atención al paciente con enfermedades crónicas: documento de consenso*. Sevilla: Mergablum.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Text of the constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization*, 2, 100-109. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud*. Glosario. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Commission on Social Determinants of Health. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *10 datos sobre el càncer*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/215196/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Càncer*. Nota descriptiva nº 295. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

- Ospina, D. E. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 2-9. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100
- Ostiguín, R. M., Pérez Zumano, S. E., Bernal, M. L., y Amador, N. G. (2008). Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al apoyo familiar. *Enfermería Universitaria*, 5(2), 10-15. Recuperado de <http://ojs.unam.mx/index.php/reu/article/download/30232/28088>
- Oxford University Press (2012). *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. Recuperado de <http://oald8.oxfordlearnersdictionaries.com/>
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 329-341. Recuperado de http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/ltziar/IE_AEstres06.pdf
- Palomino, P. A., Grande, M. L., y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91. Recuperado de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>
- Perea, R. (2006). La familia como contexto de desarrollo saludable. *Revista Española de Pedagogía*, 235, 417-428. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2200910.pdf>
- Perea, R. (2009). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Pereira, R. (2007). Resiliencia individual, familiar y social. *VIII Congreso virtual de Psiquiatría*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=28923&seccion=congreso&edicion=2007
- Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, XV(1), 15-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
- Pérez Jarauta, M. J., Echauri, M., Ancizu, E., y Chocarro, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Navarra: Gobierno de Navarra.
- Pérez Testor, C. (2008). Definición de familia: una visión del Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. *La Reveu du REDIF*, 1, 9-13. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Barcelona.pdf>
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIX, 161-206. Recuperado de http://sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/camir/BPH_al_Camir_96.pdf

- Pietromonaco, P. R., DeVito, C. C., Fe, G., y Lembke, J. (2015). Health and Attachment Processes. En J. A. Simpson y W. S. Rholes, *Attachment Theory and Research: New Directions and Emerging Themes* (p. 287-318). New York: The Guilford Press.
- Pinheiro, I. M., Antero, M. F., Florencio, O., Ferreira, J. Y., Leite, M. N., Advincula, A. O., Andrade, A. A., y De Abreu, L. C. (2014). Professional activity in the context of health education: a systematic review. *Journal of Human Growth and Development*, 24(3), 255-262. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/88909/92463>
- Pinquart, M., Feubner, C., y Ahnert, L. (2012). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment and Human Development*, 15(2), 189-218. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14616734.2013.746257>
- Piña Lopez, J. A. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*, 31(3), 751-758. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/185631/175351>
- Piontelli, A. (2002). *Del feto al niño*. Barcelona: Publicaciones Médicas Espaxs.
- Poch, J. (1989). *Psicología dinámica*. Barcelona: Herder.
- Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80122596006.pdf>
- Raingruber, B. (2011). The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006-2011). *International Scholarly Research Network Nursing*, 2011. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236414/>
- Ramírez, M. M., Ramírez, A. C., Vergel, L. J., y Santafé, L. F. (2012). Línea de atención para el cuidador principal de pacientes oncológicos con soporte social. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986737.pdf>
- Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Riquelme, M. (2015). La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar. *Comunitaria. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 9, 119-136. Recuperado de <http://www.comunitania.com/merce-riquelme-olivares-la-representacion-del-cancer-en-la-persona-enferma-y-en-su-familia-la-implicacion-de-sus-significados-en-la-comunicacion-familiar/>
- Roales-Nieto, J. (dir.) (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3541>

- Roales-Nieto, J., Moreno, E., Vinaccia, S., Contreras, F., Fernández, H., Londoño, X., Salas, G. H., y Medellín, J. (2004). Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 483-504. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536309.pdf>
- Rodríguez, J., y Molina, M. C. (2013). El proceso de resiliencia en personas con cáncer. Análisis a través de los relatos biográficos. En J. M. Madariaga, A. Forés, E. Goñi, M. O. Palma, O. Pérez-Muga, A. Rodríguez, C. Villalba y G. Gil (ed.), *La construcción social de la resiliencia*. Actas del II Congreso Europeo de Resiliencia. (p.227-234). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Rodríguez, B., Priede, A., Meso, A., Arranz H., y Palao, A., (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 7-20. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1111120007A/35029>
- Rodríguez, D., y Valldeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Barcelona: UOC.
- Rojas-Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa.
- Romero Retes, R. (2011). *Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer* (Tesi doctoral no publicada). Universitat de València. València. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/78864>
- Ruiz, C. (2008). El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de Filosofía y Sociopolítica de la Educación*, 8, 13-28. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2785456.pdf>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. Recuperado de <https://www2.viu.ca/resilience/documents/Resilienceasadynamicconcept.pdf>
- Saavedra, E., Castro, A. y Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeño*, 2(1), 161-184. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/9%20SEGUN%20APA.%20CORREC%20CI%20C3%93N.pdf>
- Saavedra, E., y Villalta, P. (2008a). *Escala de resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos*. Santiago de Chile: CEANIM.
- Saavedra, E. y Villalta, P. (2008b). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *LIBERABIT*, 14(14), 32-40. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100005&script=sci_arttext

- Saavedra, E., y Varas, C. (2013). Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes. En: J. H. Ávila-Toscano, *Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud*. (p. 105-123). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.
- Sabariego, M. (2004). La investigación educativa: génesis, evolución y características. En: R. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la investigación educativa* (p. 51-88). Madrid: La Muralla.
- Sabariego, M., y Bisquerra, R. (2004). Fundamentos metodológicos de la investigación educativa. En: R. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la investigación educativa* (p. 19-50). Madrid: La Muralla.
- Sabariego, M., Massot, I., y Dorio, I. (2004). Métodos de investigación cualitativa. En: R. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la investigación educativa* (p. 293-328). Madrid: La Muralla.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gary, J. A. M., Haynes, R. B., y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *British Medical Journal*,; 312: 71-72. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>
- Sadurní, M. (2012). *Vínculo afectivo i desenvolupament humà*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Sahuquillo, M. R. (2011). "Querido blog: lucho contra el cáncer". *El País* (on line). Recuperado de http://www.elpais.com/articulo/reportajes/Querido/blog/lucho/cancer/elpepusocdmq/20110731elpdmqrep_7/Tes
- Sainz, A., Estévez, A., y Iriarte, L. (2015). La dependencia emocional en relación al apego inseguro en adultos jóvenes. *XXVII Congreso Nacional de Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Valladolid, 17 y 18 de abril, 2015. Recuperado de <http://www.sepyrna.com/documentos/2015-P041-2015-SAINZ-DE-LA-RICA-ALEJANDRA-APEGO-Y-DEPENDENCIA-EMOCIONAL.pdf>
- Salazar Rojas, D. (2004). Resiliencia: de qué estamos hablando cuando hablamos de ella. *V Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=15629&seccion=congreso&edicion=2004
- Salvador, T., Suelves, J. M., y Puigdollers, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Salvador Beltrán, G. (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona: Herder.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.

- Sánchez, J. A. y Aguinaga, E. (2013). Orígenes, definición y fundamentos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE). En V. Soria (dir.), *Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Programa transversal y complementario del residente (PTCR)* (p. 137-144). Murcia: Consejería de Sanidad.
- Sánchez Gómez, M.C. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto*, vol. monográfico, 11-30. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5253047.pdf>
- Sánchez Lázaro, A. M. (2005). Algunas pruebas de la eficacia de la Educación para la Salud. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 12-13, 87-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135016217006>
- Sánchez Queija, I., y Oliva, A. (2015). A Longitudinal View of Peer-Friendship Relations and their Association with Parental Attachment Bonds. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(2), 1-14. Recuperado de http://personal.us.es/oliva/Queija_Oliva2015.pdf
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Santelices, M. P., Garrido, L., Fuentes, M., Guzmán, M., y Lizano, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica. *Universitas Psychologica*, 8(2), 413-422. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a09>
- Sarrado, J. J., Clèries, X., Ferrer, M., y Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 235-244. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000300012&script=sci_arttext
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html>
- Schröder, M., y Koatz, D. (2008). *Cobertura de las necesidades psicosociales de los pacientes oncológicos en Catalunya*. Recuperado de <http://www.juntscontraelcancer.cat/wp-content/uploads/Pdf/cobertura-psico-social.pdf>
- Serdà, B. C., y Cunill, M. (2011). Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Psicooncología*, 8(1), 65-79. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC1111120065A/35034>
- Serret, M. (2014). *El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal* (Tesis doctoral no publicada). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/285312>

- Sheinbaum, F. (2014). *The Salience of Relational Experiences: Linking Childhood Interpersonal Adversity, Attachment Style and the Subclinical Psychosis Phenotype*. Tesis doctoral. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284996/tsf1de1.pdf?sequence=1>
- Sierra, P. (2012). Attachment and preschool teacher: an opportunity to develop a secure base. *Internationa Journal of Early Childhood Special Education*, 4(1), 1-16. Recuperado de http://eae.anadolu.edu.tr/assets/makaleler/20141111014206_mkl.pdf
- Sierra Bravo, R. (1997). *Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Thomson.
- Simpson, J. A., Andrew, W., Tran, S., y Haydon, K. C. (2007). Attachment and the Experience and Expression of Emotions in Romantic Relationships: A Developmental Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(29), 355-367. Recuperado de <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp-922355.pdf>
- Singer, S. (2014). Psychosocial Impact of Cancer. En U. Goerling (Ed.) *Psycho-Oncology. Recent Results in Cancer Research* (p. 1-10). Berlin: Springer-Verlag.
- Sirera, R., Sánchez, P. T., y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/p_sicooncologia/numero1_vol3/articulo3.pdf
- Smith, T. W. (2006). Personality as Risk and Resilience in Pysical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 227-231. Recuperado de [http://web4.uwindsor.ca/users/f/fsirois/personality.nsf/0/c6247d71a3e97a4485257261005da15b/\\$FILE/Smith_2006.pdf](http://web4.uwindsor.ca/users/f/fsirois/personality.nsf/0/c6247d71a3e97a4485257261005da15b/$FILE/Smith_2006.pdf)
- Sociedad Española de Oncología Médica (2007). *Glosario del cáncer*. Madrid: Aula Medicina y Conocimiento. Recuperado de <https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Glosario.pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2015a). *Cáncer de colon y recto*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/digestivo/colon-recto>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2015b). *Cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2016a). *Qué es el càncer y cómo se desarrolla*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2016b). *Las Cifras del Cáncer en España 2016*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf

- Sontag, S. (1981). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik Editores.
- Soria, V., y Navarro, F. (2013). Revisiones sistemáticas y meta-análisis. En V. Soria (dir.), *Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Programa transversal y complementario del residente (PTCR)* (p. 67-75). Murcia: Consejería de Sanidad.
- Souto, S. (2012). *Percepción de la salud: determinantes sociales en la atención primaria*. (Tesis doctoral no publicada). Universidade da Coruña. Recuperado de http://ruc.udc.es/bitstream/2183/12446/2/SoutoCamba_Sonia_TD_2012.pdf
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño* (ed. 1998). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A perspective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367. Recuperado de https://lifespanlearn.org/documents/A_Sroufe.pdf
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Strauss, B., y Brenk-Franz, K. (2016). The Relevance of Attachment Theory in Medical Care. En J. Hunter, y E. Maunder (ed.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (p. 39-54). London: Springer.
- Street, R. L., y Epstein, R. M. (2008). Key interpersonal functions and health outcomes. Lessons from theory and research on clinician-patient communication. En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. Viswanath (ed.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (p. 237-270). San Francisco: Jossey-Bass.
- Suárez Löcher, T., y Pérez, G. C. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu*, 9(2), 284-307. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v9n2/v9n2a5.pdf>
- Suárez Ojeda, E. N., y Autler, L. (2006). La resiliencia en la comunidad: un enfoque social. En E. H. Grotberg (comp.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (p. 271-299). Barcelona: Gedisa.
- Suess, A., March, J. C., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Cabeza, E., y Pallicer, A. (2006). El proceso asistencial del cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología*, 29(9), 357-367. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v29n9/02.pdf>
- Sullivan, M. (2003). The new subjective medicine: Taking the patient's point of view on health care and health. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1595-1604. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0277953602001594>
- Sumalla, E. C.; Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). ¿Es real o ilusorio el crecimiento personal como consecuencia de afrontar un cáncer?. *INFOCOP*, 42, 67-68. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/1694.pdf>

- Svanberg, P. O. G. (1998). Attachment, resilience and prevention. *Journal of Mental Health*, 7(6), 543-578. Recuperado de <http://search.proquest.com.sire.ub.edu/docview/215283209/fulltextPDF/D1F3C432CF5745B2PQ/1?accountid=15293>
- Talarn, A. (2007). El mercado de la salud, En: A. Talarn (comp.), *Globalización y salud mental* (p. 165-220). Barcelona: Herder.
- Talarn, A., Sáinz, F., y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder.
- Tarlov, A.R. (1999). Public Policy Framework for Improving Population Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 281-293. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com.sire.ub.edu/doi/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08123.x/epdf>
- Taylor, R. E., Marshall, T., Mann, A., y Goldberg, D. P. (2011). Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine*, 42(4), 855-864. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21880165>
- Terris, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. En M. Manciaux (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (p. 45-60). Barcelona: Gedisa.
- Tizón, J. L. (1988). *Apuntes para una Psicología basada en la Relación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Tizón, J. L., y Sforza, M. G. (2007). *Días de duelo. Encontrando salidas*. Barcelona: Alba.
- Tomokiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. En B. Cyrulnik, S. Tomkiewicz, T. Guénard, S. Vanistendael, y M. Manciaux, *El realismo de la esperanza* (p.33-50). Barcelona: Gedisa.
- Tomokiewicz, S. (2005). El buen uso de la resiliencia: cuando la resiliencia sustituye a la fatalidad. En M. Manciaux (comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (p. 289-300). Barcelona: Gedisa.
- Torrado, M. (2003). *Proyecto docente Bases metodológicas de la investigación educativa* (manuscrito cedido por la autora).
- Torres, M. P., Ballesteros, E., y Sánchez, P. D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informas en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134-928x2008000100002&script=sci_arttext
- Ungar M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102. Recuperado de <http://qsw.sagepub.com/content/2/1/85.full.pdf+html>
- UNESCO (1999). *Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico*. Recuperado de http://www.unesco.org/science/wcs/esp/declaracion_s.htm

- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (1999). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Valdebenito, E., Loizo, J. M., y García, O. (2009). Resiliencia; una mirada cualitativa. *Fundamentos en Humanidades*, 19, 195-206. Recuperado de <http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/articulo-19-195.pdf>
- Vallejo, M. A., y Ortega, J. E. (2007). La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4(1), 35-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303904>
- Vallés, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vanistendael, S. (2006). La resiliència. En Bureau International Catholique de l'Enfance, *La resiliència o el realisme de l'esperança* (p. 12-68). Barcelona: Claret.
- Vargas, R. E. y Pulido, S. M. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 1, 65-78. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986765.pdf>
- Vázquez, N. (2015). *Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud* (Tesis doctoral no publicada). Universitat de Barcelona. Barcelona. Recuperado de www.tdx.cat/bitstream/10803/382627/1/NVA_TESIS.pdf
- Ventura-Morales, B., Castellanos-Rojas, M., Chávez, V. G., y Sánchez, E. A. (2015). Estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 44(1), 8-15. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X15000660>
- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>
- Vidal Boixader, L. (2012). *Queremos estar contigo*. Barcelona: Planeta.
- Vilà, R. (2015). *La triangulació metodològica. Disseny de mètodes mixtos*. Jornades de Tardor de Doctorat, Facultat d'Educació, Universitat de Barcelona. Recuperado de diposit.ub.edu/dspace/.../1/dissenys%20mixtos.pdf
- Vilar, J. (2010). Anàlisi dels conflictes ètics en la pràctica professional de l'educació social. Aproximació a una ètica aplicada (Tesis doctoral no publicada). Universitat de Barcelona. Barcelona. Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/21621/JVM_TESI.pdf?sequence=1
- Villalbí, J. R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 489-490. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v75n6/a01v75n6.pdf>

- Villalta, P. (2012). Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de Pedagogía*, 31(88), 159-188. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/p/v31n88/art07.pdf>
- Vinaccia, S., y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. Recuperado de http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_1.pdf
- Violant, V., Molina, M. C., y Pastor, C. (2011). *Pedagogía hospitalaria. Bases para la atención integral*. Barcelona: Laertes.
- Vuyk, R. (1983). Algunas preguntas y respuestas sobre la teoría del apego de Bowlby. *Anuario de Psicología*, 28. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64512/88308>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Werner, E. E. (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Wikman, A., Marklund, S., y Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence; an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 450-454. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757037/>
- Wilkinson, R., y Marmot, M. (ed.) (2006). *Los determinantes de la salud: los hechos probados*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Windle, G., Bennett, K. M., y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(8), p. 2-18. Recuperado de <http://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1477-7525-9-8.pdf>
- Winnicott, D. W. (1984). *Deprivación y delincuencia*. Barcelona: Paidós.
- Wylie, C. M. (1970). The definition and measurement of health and disease. *Public Health Reports*, 85(2), 100-104. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2031640/pdf/pubhealthreporig01050-0010.pdf>
- Yárnoz, S. (2008a). La teoría del apego como marco de referencia en la clínica: aplicaciones clínicas de la teoría del apego. En S. Yárnoz (comp.), *La teoría del apego en la clínica. Evaluación y clínica* (p. 55-94). Madrid: Psimática.
- Yárnoz, S. (2008b). La evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yárnoz (comp.), *La teoría del apego en la clínica. Evaluación y clínica* (p. 95-162). Madrid: Psimática.
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., y Sainz, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17(2), 159-170. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v17/v17_2/02-17_2.pdf

Yárnoz, S., y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67.85. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/191/145>

11. ANEXOS

**ANEXO I -
RESOLUCIÓN DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO**



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

DESTINATARIO:

D^a SOLEDAD VELASCO VELASCO
HOSP. MUNICIPAL DE BADALONA
UNITAT DE RECERCA
C/ GAJETÀ SOLER, 6-8 ENTRESUELO
08911 – BADALONA. BARCELONA

Fecha: 20 de enero de 2015

REFERENCIA: ESTUDIO BSA-CAN

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

Adjunto se remite resolución de clasificación sobre el estudio titulado "El vínculo afectivo entre las personas enfermas de cáncer y sus familiares. Un factor de resiliencia frente a la adversidad"



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD
REGISTRO AUXILIAR
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANITARIOS
SALIDA
N. de Registro: 1397 / RG 2667
Fecha: 22/01/2015 10:21:26

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@sems.es

C/ CAMPUS 20, 1 – EDIFICIO 8
28022 MADRID



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

ASUNTO: RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

DESTINATARIO: D^a SOLEDAD VELASCO VELASCO

Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha **16 de enero de 2015**, por D^a **SOLEDAD VELASCO VELASCO**, para la clasificación del estudio titulado "**El vínculo afectivo entre las personas enfermas de cáncer y sus familiares. Un factor de resiliencia frente a la adversidad**", y cuyo promotor es **Badalena Serveis Assistencials, SA**, se emite resolución.

El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, ⁽¹⁾ **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como "**Estudio Observacional No Posautorización**" (abreviado como No-EPA).

Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA)⁽²⁾, pero sí es necesario presentarlo a un CEIC acreditado en nuestro país y obtener su dictamen favorable.

El promotor tendrá que informar a los responsables de las entidades proveedoras de servicios sanitarios donde se lleve a cabo el estudio y les entregará copia del protocolo y de los documentos que acrediten la aprobación por parte del CEIC y, en su caso, la clasificación de la AEMPS. Asimismo estos documentos se entregarán a los órganos competentes de las CC.AA., cuando sea requerido. La gestión y formalización del contrato estará sujeta a los requisitos específicos de cada Comunidad Autónoma.

CORREO ELECTRÓNICO

firmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 - EDIFICIO 8
28022 MADRID



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

Contra la presente resolución que pone fin a la vía administrativa podrá interponerse Recurso Potestativo de Reposición, ante la Directora de la Agencia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación de la presente resolución.⁽³⁾

Madrid, a 20 de enero de 2015

EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE
MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

César Hernández García

¹ Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 12/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios; el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

² De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre

³ De conformidad con lo dispuesto en los artículos 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, o Recurso Contencioso-Administrativo ante el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo de Madrid, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente resolución, de conformidad con la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que se estime oportuno. En caso de interponerse recurso de reposición no podrá interponerse recurso contencioso-administrativo hasta la resolución expresa o presunta del primero.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@emps.es

C/ CAMPO, 20. 1 – EDIFICIO B
28002 MADRID

**ANEXO II -
RESOLUCIÓN DEL
COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL
COMITÉ DE ÉTICA JORDI GOL**

Germans Trias i Pujol
Hospital

Comitè d'Ètica de la Investigació

Ctra. De Canyet, s/n - 08916 Badalona

Tel. 93 497 89 36 Fax 93 497 89 74

E-mail: ceic.germanstrias@gencat.cat

INFORME DEL COMITÈ DE ÈTICA DE LA INVESTIGACIÓ

La Dra. Pilar Giner Boya, Presidente del Comitè de Ètica de la Investigació del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol,

CERTIFICA

Que este Comitè ha evaluado la propuesta del promotor **Badalona Serveis Assistencials (BSA)** para que se realice el proyecto de investigación, código de protocolo **BSA-CAN-2015-1** titulado:

"El vínculo afectivo entre las personas enfermas de cáncer y sus familiares. Un factor de resiliencia frente a la adversidad." Versión 2 (20/04/2015)

Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado en catalán Fase I versió 2 (20/04/2015)+ Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado en catalán Fase II versió 2 (20/04/2015)+ Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado en catalán Grupo de Discusión versió 2 (20/04/2015)

y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y que el estudio cumple con los aspectos que se recogen en la Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

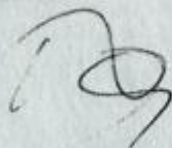
El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el plan de reclutamiento de sujetos previstos son adecuados.

La capacidad del investigador y sus colaboradores, así como los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Y que este Comitè acepta que dicho estudio sea realizado en el Hospital Municipal de Badalona por el Dr. R. Ibeas Rollán como investigador principal.

Lo que firmo en Badalona a 24 de abril de 2015

Firmado:



Dra. Pilar Giner Boya

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut

Comitè d'Ètica de la Investigació

Ref. CEI: PI-15-025

Germans Trias i Pujol Hospital

Comitè d'Ètica de la Investigació

Crta. De Canyet, s/n - 08916 Badalona
Tel. 93 497.89.56 Fax 93 497.89.74
E-mail: ceic.germanstrias@gencat.cat

A/A.: Dr. Julio Rodríguez
Hospital Municipal de Badalona
Via Augusta, 9-13
08911 - Badalona

CÓDIGO	BSA-CAN-2015-1	PROMOTOR	Badalona Serveis Assistencials (BSA)	REF. CEI	PI-15-025
TÍTULO: El vínculo afectivo entre las personas enfermas de cáncer y sus familiares. Un factor de resiliencia frente a la adversidad. Versión 2 (20/04/2015).					
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. R. Ibeas Rollán					

La Dra. Pilar Giner Boya, Presidenta del Comitè de Ètica de la Investigació del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

CERTIFICA

Que en la reunió de fecha 24 de abril de 2015 se aprobó el estudio arriba mencionado cumpliendo los requisitos establecidos en la legislación vigente para que la decisión del citado CEI sea válida.

Que en el supuesto que algún miembro del CEI sea investigador principal o colaborador del estudio evaluado, éste se ausentará de la reunión durante la deliberación y toma de decisión.

Que el CEI, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y que su composición actual es la siguiente:

Presidenta

Giner Boya, Pilar. Farmacia

Vicepresidenta

Balañá Quintero, Carme. Oncología Médica (ICO)

Secretaria

López Andrés, Anna. Farmacología Clínica (IGTP)

Secretaria Técnica

Fortes Villegas, Àngels. (IGTP)

Vocales

Altimir Losada, Salvador. Geriatria

Avecilla Palau, M^a Àngels. Ginecología y Obstetricia (BSA)

Bayés Genís, Beatriu. Direcció Médica

Dachary Jiménez, Natàlia. Jurista

Devesa Pradells, Anna. Enfermeria

Jiménez López, Irene. Unitat d'Atenció a l'Usuari

Montané Esteva, Eva. Farmacología Clínica

Oriol Rocafiguera, Albert. Hematología y Hemoterapia (ICO)

Palomo Nicolau, Antonio. Psiquiatria. (CEM)

Peláez de Loño, Jordi. Farmacia (CATSALUT)

Puyalto Depablo, Paloma. Radiología

Ramo Tello, Cristina. Neurología

Romero González, Ramón. Nefrología

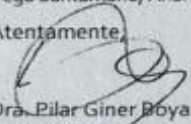
Romeu Fontanillas, Joan. Medicina Interna

Sánchez Fernández, M^a del Carmen. Genética (IJC)

Solà Suárez, Montserrat. Medicina Nuclear


Vega Santamaría, Ana. Enfermeria


Atentamente


Dra. Pilar Giner Boya
Presidenta CEI
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Badalona, 28 de abril de 2015
PGB/mpm

c.c. Dr. R. Ibeas Rollán

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut

Comitè d'Ètica de la Investigació



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 23/12/2015, ha avaluat el projecte *El vinculo afectivo entre las personas enfermas de cáncer y sus familiares. Un factor de resiliencia frente a la adversidad* amb el codi P.15/154 presentat per l'investigador/a **Xavier Mundet Tudurí**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 11/01/2016

**ANEXO III -
CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ESTUDIO CUANTITATIVO)**

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO²¹ (FASE I)

El/la persona que firma, Sr./Sra. _____ con DNI núm. _____ declara que:

- Participa voluntariamente en la investigación que sobre “*El vinculo afectivo entre las personas con cáncer y sus familiares como factor de resiliencia*”, realiza el investigador Sr. Julio Rodríguez
- Ha recibido suficiente información comprensible (hoja adjunta) y ha podido hacer preguntas respecto del estudio en el que participará.
- Asume que la participación en este estudio no implica ninguna gratificación económica.
- Entiende que la participación en esta investigación puede finalizar cuando él/ella quiera, sin que esto implique perjuicio alguno como paciente.
- Entiende que el investigador garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato de las personas participantes en el estudio.

Después de haber leído y entendido la finalidad del estudio, y haber resuelto las dudas, da su conformidad para participar.

Firma de la/del paciente

Firma del investigador

Barcelona, a _____ de _____

de 201_____

²¹ Para la elaboración de este documento, se ha tenido en cuenta lo que prevé la normativa estatal (ley 41/2002) y autonómica (leyes 21/2000 y 16/2010), así como las recomendaciones del Comitè de Bioètica de Catalunya (2003).

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE
ESTUDIO “EL VINCULO AFECTIVO ENTRE LAS PERSONAS CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES COMO FACTOR DE RESILIENCIA”

Este estudio pretende acercarse a la experiencia personal de las personas que se han visto afectadas por el cáncer. El interés de la investigación se concreta en captar la experiencia y la vivencia de cada persona, su particular punto de vista sobre la enfermedad, qué representa para ella o para él en concreto, todo lo positivo o negativo que siente que le ha podido pasar a raíz de la aparición de la enfermedad, así como las relaciones establecidas entre la persona enferma y sus familiares, antes, durante y después de la aparición de la enfermedad.

La resiliencia es una capacidad de cualquier persona o grupo para hacer frente a las adversidades y salir transformado en este proceso. Hay personas que explican un cambio en su vida después de haber padecido la experiencia del cáncer. En la resiliencia hay diferentes factores, individuales y familiares, así como comunitarios y sociales, que tienen que ver con esta capacidad de las personas. Uno de los factores clave recogidos por la literatura científica y los mismos enfermos y familiares, es el vínculo afectivo que se establece entre unos y otros,

Para este estudio, el investigador entregará dos cuestionarios para que el paciente los responda de forma individual. Estos cuestionarios exploran aspectos presentes y pasados de la experiencia del paciente en las relaciones entre él y los demás, y consigo mismo. Hay que remarcar que al investigador tan solo le interesa recoger el punto de vista de la persona afectada.

La selección de las personas que participan tiene como requisitos la mayoría de edad, el hecho de haber tenido una experiencia de enfermedad con el cáncer, y que tengan interés en participar en el estudio. El investigador no tendrá, por tanto, acceso al historial clínico porque no es relevante para este estudio en concreto.

Si la persona participante lo desea, podrá recibir información respecto de los resultados y conclusiones generales obtenidas en el estudio en el que ha participado.

**ANEXO IV -
CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ESTUDIO CUALITATIVO)**

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO²² (FASE II)

El/la persona que firma, Sr./Sra _____ con DNI núm. _____ declara que:

- Participa voluntariamente en la investigación que sobre “*El vinculo afectivo entre las personas con cáncer y sus familiares como factor de resiliencia*”, realiza el investigador Sr. Julio Rodríguez
- Ha recibido suficiente información comprensible (hoja adjunta) y ha podido hacer preguntas respecto del estudio en el que participará.
- Asume que la participación en este estudio no implica ninguna gratificación económica.
- Entiende que la participación puede finalizar cuando él/ella quiera, sin que esto implique perjuicio alguno como paciente.
- Acepta el registro en audio de la entrevista con el investigador, y que este le entregará una copia de la grabación si así lo solicita.
- Entiende que el investigador utilizará el material grabado con finalidades exclusivamente relacionadas con la investigación, y que en ningún caso autoriza la utilización del contenido de la entrevista para la elaboración de otras publicaciones ajenas a la misma investigación.
- Entiende que el investigador garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato de las personas participantes en el estudio.

Después de haber leído y entendido la finalidad del estudio, y haber resuelto las dudas, da su conformidad para participar.

Firma de la/del paciente
Barcelona, a _____ de _____

Firma del investigador
de 201 _____

²² Para la elaboración de este documento, se ha tenido en cuenta lo que prevé la normativa estatal (ley 41/2002) y autonómica (leyes 21/2000 y 16/2010), así como las recomendaciones del Comitè de Bioètica de Catalunya (2003).

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

ESTUDIO “EL VINCULO AFECTIVO ENTRE LAS PERSONAS CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES COMO FACTOR DE RESILIENCIA”

Este estudio pretende acercarse a la experiencia personal de las personas que se han visto afectadas por el cáncer. El interés de la investigación se concreta en captar la experiencia y la vivencia de cada persona, su particular punto de vista sobre la enfermedad, qué representa para ella o para él en concreto, todo lo positivo o negativo que siente que le ha podido pasar a raíz de la aparición de la enfermedad, así como las relaciones establecidas entre la persona enferma y sus familiares, antes, durante y después de la aparición de la enfermedad.

La resiliencia es una capacidad de cualquier persona o grupo para hacer frente a las adversidades y salir transformado en este proceso. Hay personas que explican un cambio en su vida después de haber padecido la experiencia del cáncer. En la resiliencia hay diferentes factores; uno de los factores clave recogidos por la literatura científica y los mismos enfermos y familiares, es el vínculo afectivo que se establece entre unos y otros,

Para acercarse a la experiencia de cada paciente, el investigador ha optado por los relatos de vida, es decir, la historia que una persona explica en relación con unos hechos concretos, tal y como ella misma los relata. En este caso la información se recoge mediante una entrevista en profundidad, con preguntas abiertas, acerca de unos temas relacionados con las vivencias y la experiencia de la persona con cáncer frente a las diferentes fases de la enfermedad, los diferentes ámbitos personales que se pueden ver afectados positiva o negativamente, el significado atribuido a la enfermedad, la relación con los familiares y amigos antes y después del cáncer, etc.

Para recoger la narración de la persona entrevistada, el investigador registrará la conversación con una grabadora, y se ayudará de un cuaderno de notas. El contenido de la grabación no será entregado a ningún centro ajeno a la investigación.

La selección de las personas que participan tiene como requisitos la mayoría de edad, el hecho de haber tenido una experiencia de enfermedad con el cáncer, y que tengan interés en participar en el estudio. El investigador no tendrá, por tanto, acceso al historial clínico porque no es relevante para este estudio en concreto.

Los resultados de la investigación pueden ser publicados en revistas científicas, sin que aparezcan datos personales. Si la persona participante lo desea, podrá recibir información respecto de los resultados y conclusiones generales obtenidos en el estudio en que ha participado.

**ANEXO V -
HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y DE SALUD

Código participante

Edad (en años cumplidos)

Sexo (Hombre/Mujer)

País de origen:

Nacionalidad:

Estado civil (actual): Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a

Número de hijos/as:

Estudios:

Profesión actual:

Diagnóstico de cáncer:

Año del diagnóstico:

Tratamientos recibidos:

Tratamiento actual (si lo hay):

**ANEXO VI -
CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO CAMIR-R**

CUESTIONARIO CaMir-r
(Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Musela y Pierrehumbert (2011))

Edad: Sexo (H=1 / M=2)

Codigo participante

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y marca el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos. **Responde a todas las preguntas.**

	Muy de acuerdo	De acuerdo	NI de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares, son parte de mis recuerdos infantiles.	5	4	3	2	1
2. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.	5	4	3	2	1
3. En caso de necesidad, estoy seguro(a) que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.	5	4	3	2	1
4. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido.	5	4	3	2	1
5. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.	5	4	3	2	1
6. Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.	5	4	3	2	1
7. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas.	5	4	3	2	1
8. Detesto el sentimiento de depender de los demás.	5	4	3	2	1
9. Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.	5	4	3	2	1
10. Cuando yo era niño(a), a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.	5	4	3	2	1
11. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.	5	4	3	2	1
12. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.	5	4	3	2	1
13. Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.	5	4	3	2	1
14. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.	5	4	3	2	1
15. Cuando era niño(a), tenía una actitud de dejarme hacer.	5	4	3	2	1

	Muy de acuerdo	De acuerdo	NI de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
16. De adolescente, nunca nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.	5	4	3	2	1
17. Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.	5	4	3	2	1
18. Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.	5	4	3	2	1
19. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.	5	4	3	2	1
20. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.	5	4	3	2	1
21. Siento confianza en mis seres queridos .	5	4	3	2	1
22. Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.	5	4	3	2	1
23. Cuando yo era niño(a), he tenido que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.	5	4	3	2	1
24. A partir de mis experiencias de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.	5	4	3	2	1
25. Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).	5	4	3	2	1
26. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo(a).	5	4	3	2	1
27. Mis padres no podían evitar controlarlo todo, mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.	5	4	3	2	1
28. Cuando era niño(a), había peleas insostenibles en casa.	5	4	3	2	1
29. Es importante que el niño(a) aprenda a obedecer.	5	4	3	2	1
30. Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.	5	4	3	2	1
31. La idea de separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.	5	4	3	2	1
32. A menudo me siento preocupado(a) sin razón por la salud de mis seres queridos.	5	4	3	2	1

**ANEXO VII -
ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES**

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008a)

Edad: Sexo: Código participante:

A continuación va a leer una serie de frases sobre las que señalará su grado de acuerdo o desacuerdo. Marque su respuesta con una "X". No hay respuestas buenas o malas.

Responda a todas las preguntas. Gracias por su colaboración



	Muy de acuerdo	De acuerdo	NI de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Soy una persona con esperanza.					
2.- Soy una persona con buena autoestima.					
3.- Soy optimista respecto al futuro.					
4.- Estoy seguro de mis creencias o principios.					
5.- Estoy creyendo como persona.					
6.- Estoy rodeado de personas que, en general, me ayudan en situaciones difíciles.					
7.- Estoy en contacto con personas que me aprecian.					
8.- Estoy seguro de mí mismo.					
9.- Estoy seguro de mis proyectos y metas.					
10.- Estoy seguro en el ambiente en que vivo.					
11.- Soy una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.					
12.- Soy un modelo positivo para otras personas.					
13.- Estoy bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio.					
14.- Estoy satisfecho con mis relaciones de amistad.					
15.- Estoy satisfecho con mis relaciones afectivas.					
16.- Soy una persona práctica.					
17.- Soy una persona con metas en la vida.					
18.- Soy activo frente a mis problemas.					
19.- Estoy revisando constantemente el sentido de mi vida.					
20.- Estoy generando soluciones a mis problemas.					
21.- Tengo relaciones personales confiables.					
22.- Tengo una familia bien estructurada.					
23.- Tengo relaciones afectivas sólidas.					
24.- Tengo fortaleza interior.					
25.- Tengo una vida con sentido.					
26.- Tengo acceso a servicios sociales públicos.					
27.- Tengo personas que me apoyan.					
28.- Tengo a quien recurrir en caso de problemas.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	NI de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
29.- Tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa.					
30.- Tengo satisfacción con lo que he logrado en la vida.					
31.- Tengo personas que me han orientado y aconsejado.					
32.- Tengo personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.					
33.- Tengo personas en las cuales puedo confiar.					
34.- Tengo personas que han confiado sus problemas en mí.					
35.- Tengo personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.					
36.- Tengo metas a corto plazo.					
37.- Tengo mis objetivos claros.					
38.- Tengo personas con quien hacer frente a los problemas.					
39.- Tengo proyectos de futuro.					
40.- Tengo problemas que puedo solucionar.					
41.- Puedo hablar de mis emociones.					
42.- Puedo expresar afecto.					
43.- Puedo confiar en las personas.					
44.- Puedo superar las dificultades que se me presenten en la vida.					
45.- Puedo desarrollar vínculos afectivos.					
46.- Puedo resolver problemas de manera efectiva.					
47.- Puedo dar mi opinión.					
48.- Puedo buscar ayuda cuando la necesito.					
49.- Puedo apoyar a otros que tiene dificultades.					
50.- Puedo responsabilizarme de lo que hago.					
51.- Puedo ser creativo.					
52.- Puedo comunicarme adecuadamente.					
53.- Puedo aprender de mis aciertos y errores.					
54.- Puedo colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					
55.- Puedo tomar decisiones.					
56.- Puedo generar estrategias para solucionar mis problemas.					
57.- Puedo fijarme metas realistas.					
58.- Puedo esforzarme para lograr mis objetivos.					
59.- Puedo asumir riesgos.					
60.- Puedo proyectarme al futuro.					

**ANEXO VIII -
PROCESO DE CREACIÓN DEL
SISTEMA DE DIMENSIONES Y CATEGORÍAS
DEL ESTUDIO CUALITATIVO**

El punto de partida fue una tabla de tres columnas, con los objetivos generales y específicos. Para cada uno de los objetivos específicos se fue elaborando algún aspecto muy concreto que respondiera a la idea clave de ese conocimiento al que se quería llegar, teniendo en cuenta que el marco teórico debía recoger información bibliográfica respecto de ese tópico.

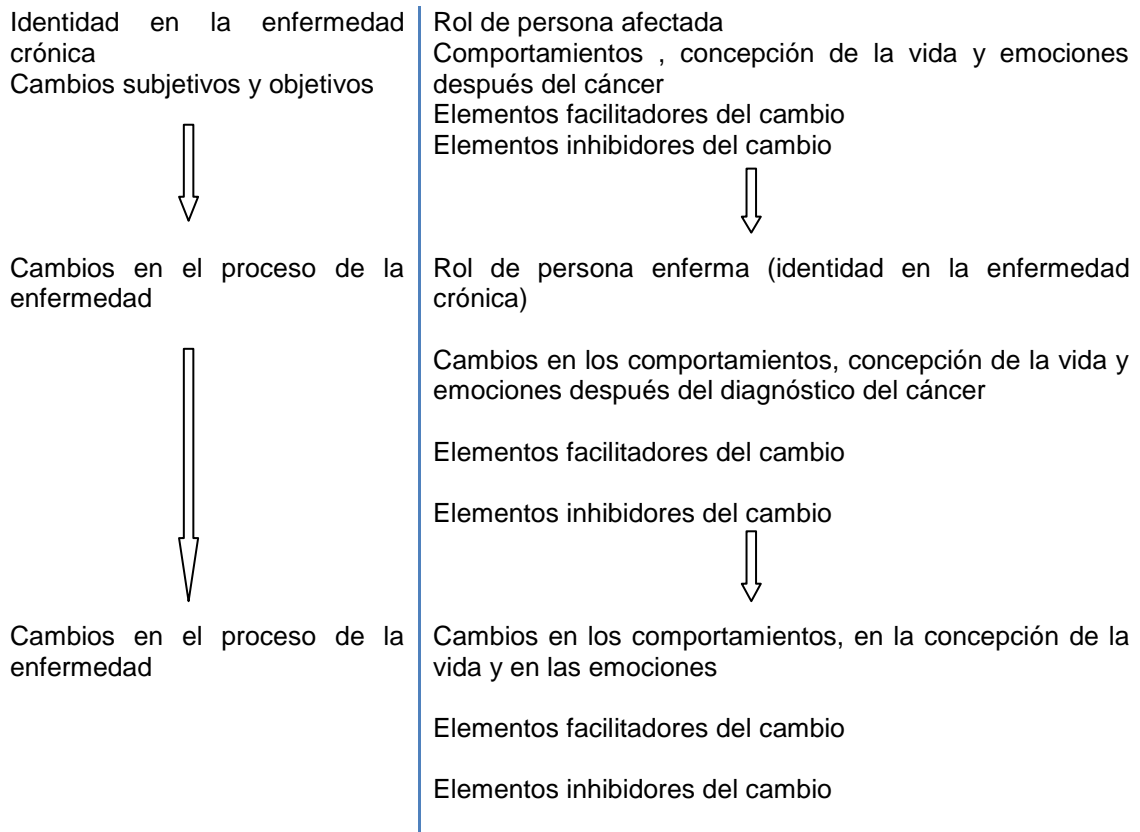
Una primera dimensión recogía los significados y representaciones acerca de la enfermedad, con tres categorías que eran la concepción de la enfermedad, los miedos y preocupaciones, y el impacto de las intervenciones biomédicas. Finalmente esta dimensión queda como representación social de la enfermedad, con tres categorías que son significado de la enfermedad, rol de persona enferma, e impacto de la enfermedad.

Significados y representaciones acerca de la enfermedad 	Concepción de la enfermedad Miedos y preocupaciones Impacto de las intervenciones biomédicas 
Representación social de la enfermedad	Significado de la enfermedad Rol de persona enferma (identidad en la enfermedad crónica) Impacto de la enfermedad (miedos y preocupaciones)





Una segunda dimensión recogía la identidad en la enfermedad y los cambios subjetivos y objetivos, con un primer intento de formalización en cuatro categorías: rol de persona afectada, comportamientos y concepción de la vida después del cancer, elementos facilitadores del cambio, y elementos inhibidores del cambio. La primera de estas categorías se agrupó posteriormente con la primera dimensión.

Esta segunda dimensión fue evolucionando hasta denominarse cambios en el proceso de la enfermedad, con tres categorías: cambios en los comportamientos,

concepción de la vida y emociones; elementos facilitadores del cambio, y elementos inhibidores del cambio.



Una tercera dimensión que se propuso inicialmente fue la relacionada con familia de origen, vínculos de la infancia, familia actual, vínculos en la edad adulta, y otras figuras significativas. Después de diversas revisiones, esta tercera dimensión pasó a denominarse figuras de apego. Por su parte, el sistema inicial de categorías para esta dimensión fue genograma, figuras de apego en la infancia, figuras de apego en la edad adulta, otras figuras significativas, y características de la figura de apego. También estas categorías sufrieron cambios y transformaciones, de manera que el sistema definitivo de esta tercera dimensión fue: figuras de apego familiares en la infancia, otras figuras significativas en la infancia, figuras de apego familiares en la edad adulta, otras figuras de apego significativas en la edad adulta, y características de las figuras de apego actuales más significativas

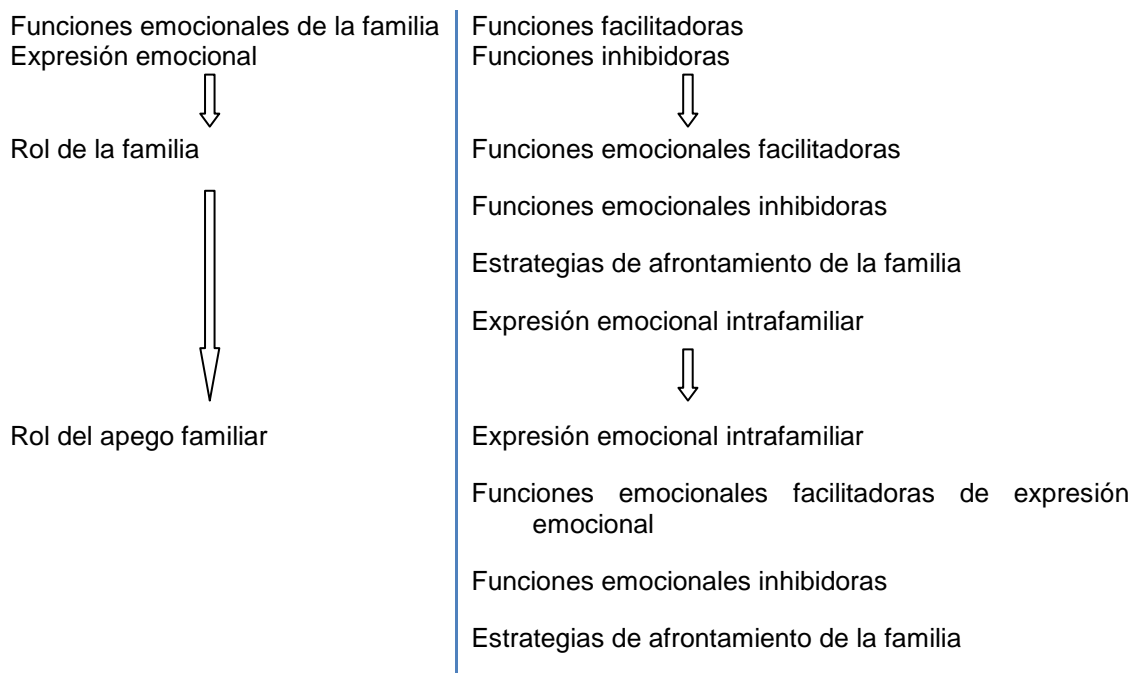
Familia de origen Vínculos de la infancia Familia actual Vínculos de la edad adulta Otras figuras significativas 	Genograma I Figuras de apego en la infancia Genograma II Figuras de apego en la edad adulta Otras figuras significativas Características de la figura de apego 
Figuras de apego 	Figuras de apego familiares en la infancia Otras figuras significativas en la infancia Figuras de apego familiares en la edad adulta Otras figuras de apego significativas Características de las figuras actuales más significativas de apego 
Figuras de apego	Figuras de apego familiares en la infancia Otras figuras significativas en la infancia Figuras de apego familiares en la edad adulta Otras figuras de apego significativas en la edad adulta Características de las figuras de apego actuales más significativas

La cuarta dimensión propuesta inicialmente incluía, por un lado, competencias, y estrategias de afrontamiento, por otro, con tres categorías iniciales que eran motivación, autoestima y autoconcepto. Se revisó el sistema de factores de resiliencia de Grotberg y se procedió a reformular esta cuarta dimensión y su propuesta de categorías. Finalmente esta cuarta dimensión pasó a denominarse relación entre apego y resiliencia, con tres categorías: capacidades interpersonales y de resolución de conflictos, características y rasgos personales, y apego resiliente.

Competencias	Motivación Autoestima Autoconcepto!
Estrategias de afrontamiento ↓	↓
Relación entre apego y resiliencia	Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos Características y rasgos personales Apego resiliente

Por último una quinta dimensión que inicialmente hacía referencia a las funciones emocionales de la familia y a la expresión emocional. En cuanto a las categorías de esta dimensión, evolucionó de un sistema de dos categorías, funciones facilitadoras y funciones inhibidoras de las emociones, a un sistema de cuatro categorías

Finalmente esta dimensión se concretó finalmente como rol de la familia, que se desglosó en cuatro categorías: expresión emocional intrafamiliar, funciones emocionales facilitadoras de la expresión emocional, funciones inhibidoras, y estrategias de afrontamiento de la familia.



**ANEXO IX -
GUIÓN DE ENTREVISTA PARA EL RELATO BIOGRÁFICO**

GUIÓN DE ENTREVISTA “RESILIENCIA Y APEGO EN PERSONAS CON CÁNCER”

Introducción y presentación de la entrevista

A continuación usted va a participar en esta entrevista que tiene como finalidad recoger su experiencia en relación con la enfermedad del cáncer.

Para ello le haré una serie de preguntas alrededor de ciertos temas que me interesa conocer. Le remarco que me interesa especialmente su opinión, su punto de vista, sus recuerdos, sus emociones y sentimientos. Las preguntas me servirán para centrar la conversación, y le pediré que responda de la forma más detallada posible.

Soy consciente que algunas preguntas o algunos temas pueden resultarle muy emotivos, así que siéntase libre de interrumpir su relato cuando considere oportuno, o dejando para más adelante alguna pregunta si así lo prefiere.

Le recuerdo que no existen respuestas buenas ni malas, y lo que me interesa es recoger su experiencia porque creo que esto puede servir para ayudar a que otras personas que están en una situación similar a la que usted ha vivido.

Gracias por su colaboración, y si le parece empezaremos.

Preguntas

¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron el cáncer?

Seguramente en algún momento usted había oído hablar de la enfermedad, quizás por algún familiar cercano, algún amigo... **¿Qué significa para usted la palabra “cáncer”?** *(según sea la emoción que expresa, puede preguntarse si utiliza algún eufemismo para mencionar la enfermedad)*

¿Qué es para usted ser “una persona enferma de cáncer”? *(si no entiende la pregunta, se le puede decir algo como si se siente como un “enfermo de” o por el contrario alguien con una enfermedad...)*

Ahora le voy a pedir que se sitúe en el momento diagnóstico, para que pueda decirme **quién le informó acerca de su enfermedad** y explicarme **qué es lo que le dijeron?** Explíqueme por favor, todo lo que pueda recordar *(se trata de ver si la persona se identifica como alguien con una enfermedad o como alguien enfermo)*

Quisiera detenerme un poquito más en este primer momento en el que le comunican el diagnóstico, para que me explique con sus palabras **cómo se sintió frente a esa información** en ese momento, **qué pensamientos le vinieron a la cabeza** en ese momento. Seguro que se le ocurrieron muchas cosas...

Si le parece me gustaría que se sitúe ahora en otro momento distinto y que me explicara **su experiencia en relación con los tratamientos** que le han dado para atacar la enfermedad. **¿Recuerda como se sintió en los primeros momentos de la quimio/radio/cirugía?** (para los pacientes que han hecho quimio/radio solamente - Explíqueme como se ha ido “acostumbrando” a las diferentes sesiones de los tratamientos)

En su caso concreto, **¿en qué le afectó en el día a día?** (*se le puede insinuar si los tratamientos eran cerca del domicilio, si tenía acompañantes, si tuvo complicaciones o efectos secundarios, si tuvo que estar de baja laboral o la enfermedad le implicó dificultades laborales más graves...*)

Usted me ha ido explicando que.... (*Recoger un poco lo que ha ido diciendo de la enfermedad para introducir la pregunta que viene a continuación*). Actualmente, **¿qué es lo que le preocupa a usted de la enfermedad? ¿Con qué relaciona la enfermedad en este momento?**

Si le parece me gustaría llamar su atención sobre un aspecto que en ocasiones he escuchado a alguna persona que ha pasado por una situación como la suya. No sé si usted ha oído alguna vez expresiones como “el cáncer me ha cambiado la vida”. **¿Estaría de acuerdo con este tipo de frases? ¿Podría decirme qué cambios ha experimentado usted a consecuencia de la enfermedad? ¿Siente que ahora concibe la vida y la vive de la misma manera que antes de la enfermedad? ¿Podría explicarme en qué ha cambiado?** (*animarle a que dé la información de la forma más detallada posible*)

Si el cambio experimentado por usted fue positivo, **¿A qué atribuye estos cambios? ¿Qué apoyos ha recibido que le han ayudado en este proceso?**

Si el cambio experimentado fue negativo, **¿Qué considera que le habría ayudado a afrontar la situación** para que este cambio se hubiese producido?

Como ve yo voy explorando diferentes temas que me parecen interesantes. Uno de los puntos que querría hablar con usted es el de la familia. Sé que es un tema amplio, así que voy a ir dirigiendo su atención a temas concretos. Sin embargo, usted puede ir explicándose

como le vaya mejor, y yo ya iré haciendo preguntas si hay cosas pendientes. Si le parece, empecemos por su familia de origen. **Explíqueme de sus padres, sus abuelos, sus hermanos. ¿Cuántos hermanos eran? ¿Qué lugar ocupaba usted? ¿Cómo era la relación con sus padres y con sus hermanos?** (aquí se irá elaborando el genograma, interesándose por los nombres y edades de los diferentes miembros de la familia. Hay que poner *atención a si hay algún caso de cáncer en la familia* de origen. Atención entonces a los mitos sobre la enfermedad, si no se han explicitado en las preguntas iniciales de la entrevista).

Puede decirme ¿quién era o continúa siendo la persona de referencia en su familia y por qué?, es decir, la persona con la que tiene más confianza o le aporta mayor seguridad. **¿Puede identificar alguna otra persona de su familia** con la que usted tenga un lazo afectivo estrecho y el **por qué** de esta cercanía emocional?

Me interesa ahora centrarme en su familia actual. Dígame **quién forma su familia actualmente**: su pareja, sus hijos...(aquí se irá acabando de completar el genograma, interesándose por los nombres y edades de los diferentes miembros de la familia, y las relaciones entre ellos) **¿Cree que su relación con ellos y la relación entre ellos ha cambiado a consecuencia de la enfermedad?** (*si inicialmente la respuesta es negativa, hacer algún comentario sobre lo comprensible que sería el hecho de que las cosas hubiesen podido cambiar*) **¿Qué cosas concretas muestran este cambio?**

Igual que le he preguntado cuando hablábamos de su familia de origen, ahora me gustaría saber **quién es la persona de referencia en su familia actual**, es decir, la persona con la que usted tenga un lazo afectivo estrecho/especial, y también me interesaría saber **el por qué de esta cercanía emocional?** (si habla de más de una persona, hay que centrarse en la figura más significativa) Vamos a detenernos un momento en la persona concreta que usted me dice que sería su punto de referencia para “darle fuerzas”: **podría decirme qué características tiene esta persona que la hacen tan significativa para usted?** (*animarla a que explique si son aspectos personales únicamente o bien alguna otra característica*).

Ya para acabar este punto, me gustaría que se situara ahora en su entorno más cercano, en el de las personas que no son de su familia pero que usted tiene como personas muy cercanas o íntimas. **¿Ha habido en este tiempo alguna persona muy significativa en su vida? ¿qué puede decirme de ella que la haga ser especial para usted?**

De todas estas personas de las que usted me ha hablado, **¿cuál sería la persona que actualmente es su punto de referencia para “darle fuerzas” y afrontar la enfermedad? ¿Qué características tiene esta persona** que le hacen ser ese punto de referencia para usted? *(si ha hablado ya antes de esta persona, no hará falta preguntarle otra vez por lo que la caracteriza)*

Si le parece, dejamos ahora a la familia y a los amigos, por el momento. Ahora voy a situarme en relación con su enfermedad. Le recuerdo que mi intención es comprender su experiencia, en ningún momento juzgarla o sugerirle qué tendría que haber hecho, porque la experiencia del cáncer es única en cada persona. En ocasiones he escuchado a personas que explican diferentes maneras de hacer frente a la enfermedad. En su caso concreto, **explíqueme de qué forma ha ido afrontando el diagnóstico, los tratamientos y en general todo el proceso de la enfermedad?** (darle tiempo para que responda antes de preguntar, si no lo ha mencionado ya, la siguiente) **¿Qué características o qué capacidades/habilidades le han ayudado a afrontar su enfermedad?** (darle tiempo antes de hacer la pregunta siguiente) **¿Qué situaciones conflictivas, o qué problemas/dificultades se le han presentado en todo este tiempo y de qué manera las ha resuelto?**

Quisiera centrarme ahora un poco más en usted. Si usted tuviera que describirse, como si fuera una carta de presentación **¿qué podría decirme de “cómo es usted”, su manera de ser?** Quisiera saber, ahora de forma más concreta, **qué es aquello que la caracteriza a usted, aquello que usted considera esencial de si misma** *(se le puede sugerir responsabilidad, confianza... según lo que haya dicho anteriormente, con cuidado de no inducir la respuesta)*

En su opinión, **¿de qué manera esta “personalidad” suya le ha ayudado a hacer frente a la enfermedad?**

Recuerde que anteriormente hemos hablado de las personas significativas de su entorno familiar y de amigos. **Estas relaciones tan significativas de las que me ha hablado ¿cree que le han facilitado el hacer frente a la enfermedad y todo el proceso que ha seguido?** *(ha de explicar la respuesta, animarla para que no sea solamente una respuesta de sí/no)*. El tener esta figura o figuras tan cercanas **¿cree que ha fortalecido su forma de ser y sus características personales? ¿De qué manera ha sido posible este fortalecimiento?**

Ahora me gustaría volver al tema familiar, esta vez desde otro punto de vista. Le voy a pedir

que piense en cómo se expresan las emociones, los sentimientos en su familia actual. La pregunta sería si a la hora de expresar las emociones, **¿su familia se muestra abierta a hablar o bien esta facilidad sólo se da en momentos o situaciones digamos especiales?** (*igual aquí ya habla de los “rituales” familiares a la hora de hablar de los temas importantes!*)

¿De qué manera su familia le ayuda o le dificulta el expresar las emociones cuando se encuentran todos juntos? (la conspiración del silencio, los secretos...)

¿Podría decirme si existe alguna costumbre o ceremonia especial a la hora de reunirse la familia y hablar de estos temas “difíciles”?

Estamos ya en el último punto de la entrevista, nos queda poco para acabar.

Es posible que usted esté de acuerdo en pensar que la familia es un espacio de refugio cuando se dan situaciones de dificultad. En su caso concreto, **¿explíqueme qué papel ha jugado su familia en el proceso de su enfermedad? ¿De qué manera su familia ha afrontado su enfermedad y los tratamientos que le han dado? ¿Cómo se organizó su familia para acompañarle en los diferentes momentos del proceso de la enfermedad? Puede explicarme si se han mostrado comprensivos y tolerantes, o excesivamente condescendientes, o si por el contrario les ha supuesto un sobreesfuerzo. ¿De qué manera su familia se ha hecho cargo de su malestar durante los diferentes momentos de la enfermedad?**

Para finalizar, **¿podría destacar la mayor fuerza de su familia en todo este proceso?**

Conclusiones y cierre

Estamos a punto de acabar. Me gustaría agradecerle el haber compartido conmigo una parte de su historia. Seguro que ha muchas más cosas que podría explicarme, así que voy pedirle un último comentario para que usted pueda cerrar la entrevista. Si usted tuviera que resumir lo que hemos hablado hoy, **¿qué le gustaría añadir? o ¿qué le gustaría comentar que cree que no le haya preguntado pero que para usted es interesante?**

**ANEXO X -
CÁLCULO DE FIABILIDAD DEL CAMIR-R Y LA SV-RES**

Tabla 32. Resumen de procesamiento de casos para el cuestionario CaMir-R

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	110	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 33. Estadísticas del total de elemento para el cuestionario CaMir-R

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Apego ítem 1	101,35	129,311	,373	,746
Apego ítem 2	101,17	133,612	,193	,756
Apego ítem 3	98,47	139,628	-,022	,763
Apego ítem 4	99,60	129,912	,326	,749
Apego ítem 5	98,45	135,553	,270	,753
Apego ítem 6	98,80	141,336	-,106	,769
Apego ítem 7	98,88	140,968	-,091	,768
Apego ítem 8	99,13	133,396	,258	,752
Apego ítem 9	100,66	132,812	,203	,755
Apego ítem 10	100,57	132,412	,208	,755
Apego ítem 11	98,93	140,343	-,064	,767
Apego ítem 12	99,05	128,713	,441	,743
Apego ítem 13	98,92	141,067	-,094	,770
Apego ítem 14	99,74	126,269	,468	,740
Apego ítem 15	100,07	130,380	,323	,749
Apego ítem 16	100,04	133,962	,186	,756
Apego ítem 17	100,41	131,308	,273	,751
Apego ítem 18	99,91	123,056	,557	,734
Apego ítem 19	98,84	136,285	,151	,757
Apego ítem 20	99,91	128,230	,398	,744
Apego ítem 21	98,69	139,702	-,027	,763
Apego ítem 22	100,99	135,972	,149	,757
Apego ítem 23	101,42	128,301	,405	,744
Apego ítem 24	100,55	123,021	,493	,737
Apego ítem 25	100,86	127,385	,442	,742
Apego ítem 26	100,08	124,902	,529	,737
Apego ítem 27	100,55	128,781	,377	,746
Apego ítem 28	101,11	131,327	,245	,753
Apego ítem 29	99,04	131,632	,361	,748
Apego ítem 30	99,51	143,922	-,203	,775
Apego ítem 31	99,99	124,688	,503	,738
Apego ítem 32	99,85	123,526	,547	,735

Tabla 34. Estadísticas de fiabilidad para el cuestionario CaMir-R

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,758	32

Tabla 35. Estadísticos para los ítems del cuestionario CaMir-R

	Media	Desviación estándar	N
Apego ítem 1	1,74	1,098	110
Apego ítem 2	1,91	1,113	110
Apego ítem 3	4,61	,767	110
Apego ítem 4	3,48	1,155	110
Apego ítem 5	4,63	,619	110
Apego ítem 6	4,28	,978	110
Apego ítem 7	4,20	,965	110
Apego ítem 8	3,95	,932	110
Apego ítem 9	2,42	1,192	110
Apego ítem 10	2,51	1,232	110
Apego ítem 11	4,15	1,006	110
Apego ítem 12	4,03	1,009	110
Apego ítem 13	4,16	1,113	110
Apego ítem 14	3,35	1,161	110
Apego ítem 15	3,01	1,113	110
Apego ítem 16	3,05	1,087	110
Apego ítem 17	2,67	1,150	110
Apego ítem 18	3,17	1,233	110
Apego ítem 19	4,25	,815	110
Apego ítem 20	3,17	1,140	110
Apego ítem 21	4,39	,791	110
Apego ítem 22	2,09	,884	110
Apego ítem 23	1,66	1,119	110
Apego ítem 24	2,54	1,366	110
Apego ítem 25	2,22	1,120	110
Apego ítem 26	3,00	1,149	110
Apego ítem 27	2,53	1,139	110
Apego ítem 28	1,97	1,237	110
Apego ítem 29	4,05	,892	110
Apego ítem 30	3,57	1,079	110
Apego ítem 31	3,09	1,216	110
Apego ítem 32	3,24	1,219	110

Tabla 36. Estadísticas de escala para el cuestionario CaMir-R

Estadísticas de escala			
Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
103,08	139,819	11,825	32

Fiabilidad SV-RES

Tabla 37. Resumen de procesamiento de casos para la escala SV-RES

		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	110	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 38. Estadísticas de fiabilidad para la escala SV-RES

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,967	60

Tabla 39. Estadísticas de los ítems de la escala SV-RES

	Media	Desviación estándar	N
Resiliencia ítem 1	4,39	,607	110
Resiliencia ítem 2	3,88	,955	110
Resiliencia ítem 3	3,95	,828	110
Resiliencia ítem 4	4,16	,671	110
Resiliencia ítem 5	4,15	,732	110
Resiliencia ítem 6	4,35	,759	110
Resiliencia ítem 7	4,48	,646	110
Resiliencia ítem 8	3,97	,840	110
Resiliencia ítem 9	3,90	,823	110
Resiliencia ítem 10	4,36	,646	110
Resiliencia ítem 11	4,37	,675	110
Resiliencia ítem 12	3,72	,814	110
Resiliencia ítem 13	3,96	,938	110
Resiliencia ítem 14	4,17	,662	110
Resiliencia ítem 15	4,27	,676	110
Resiliencia ítem 16	4,22	,709	110

	Media	Desviación estándar	N
Resiliencia ítem 17	3,94	,733	110
Resiliencia ítem 18	4,20	,752	110
Resiliencia ítem 19	3,15	1,107	110
Resiliencia ítem 20	4,05	,764	110
Resiliencia ítem 21	4,25	,656	110
Resiliencia ítem 22	4,31	,787	110
Resiliencia ítem 23	4,38	,663	110
Resiliencia ítem 24	4,24	,789	110
Resiliencia ítem 25	4,25	,693	110
Resiliencia ítem 26	3,76	1,100	110
Resiliencia ítem 27	4,42	,641	110
Resiliencia ítem 28	4,43	,656	110
Resiliencia ítem 29	4,00	,717	110
Resiliencia ítem 30	4,14	,748	110
Resiliencia ítem 31	3,99	,818	110
Resiliencia ítem 32	4,01	,748	110
Resiliencia ítem 33	4,45	,644	110
Resiliencia ítem 34	4,25	,756	110
Resiliencia ítem 35	4,41	,746	110
Resiliencia ítem 36	3,85	,788	110
Resiliencia ítem 37	3,99	,772	110
Resiliencia ítem 38	4,36	,660	110
Resiliencia ítem 39	3,72	,847	110
Resiliencia ítem 40	3,81	,829	110
Resiliencia ítem 41	4,01	,796	110
Resiliencia ítem 42	4,35	,737	110
Resiliencia ítem 43	4,14	,829	110
Resiliencia ítem 44	4,20	,688	110
Resiliencia ítem 45	4,28	,637	110
Resiliencia ítem 46	4,17	,662	110
Resiliencia ítem 47	4,30	,671	110
Resiliencia ítem 48	4,35	,724	110
Resiliencia ítem 49	4,41	,640	110
Resiliencia ítem 50	4,45	,585	110
Resiliencia ítem 51	3,86	,933	110
Resiliencia ítem 52	4,15	,727	110
Resiliencia ítem 53	4,32	,634	110
Resiliencia ítem 54	4,08	,679	110
Resiliencia ítem 55	4,31	,602	110
Resiliencia ítem 56	4,07	,751	110
Resiliencia ítem 57	4,11	,654	110
Resiliencia ítem 58	4,18	,652	110
Resiliencia ítem 59	3,85	,815	110
Resiliencia ítem 60	3,78	,771	110

Tabla 40. Estadísticas de escala para la SV-RES

Estadísticas de escala			
Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
248,06	687,950	26,229	60

Tabla 41. Estadísticas del total de elemento para la escala SV-RES

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Resiliencia ítem 1	243,67	671,525	,510	,967
Resiliencia ítem 2	244,18	660,590	,539	,967
Resiliencia ítem 3	244,11	664,153	,541	,967
Resiliencia ítem 4	243,90	672,898	,420	,967
Resiliencia ítem 5	243,91	667,221	,534	,967
Resiliencia ítem 6	243,72	664,039	,596	,966
Resiliencia ítem 7	243,58	665,805	,652	,966
Resiliencia ítem 8	244,09	665,661	,498	,967
Resiliencia ítem 9	244,16	663,019	,572	,966
Resiliencia ítem 10	243,70	668,928	,557	,966
Resiliencia ítem 11	243,69	667,592	,570	,966
Resiliencia ítem 12	244,35	670,191	,406	,967
Resiliencia ítem 13	244,10	662,293	,513	,967
Resiliencia ítem 14	243,89	672,373	,441	,967
Resiliencia ítem 15	243,79	664,662	,655	,966
Resiliencia ítem 16	243,85	666,737	,566	,966
Resiliencia ítem 17	244,13	666,020	,565	,966
Resiliencia ítem 18	243,86	666,192	,546	,966
Resiliencia ítem 19	244,92	673,782	,225	,968
Resiliencia ítem 20	244,01	662,339	,636	,966
Resiliencia ítem 21	243,81	665,752	,643	,966
Resiliencia ítem 22	243,75	671,893	,378	,967
Resiliencia ítem 23	243,68	666,806	,604	,966
Resiliencia ítem 24	243,83	664,841	,553	,966
Resiliencia ítem 25	243,82	666,058	,598	,966
Resiliencia ítem 26	244,30	667,973	,330	,968
Resiliencia ítem 27	243,65	665,369	,671	,966
Resiliencia ítem 28	243,64	665,756	,643	,966
Resiliencia ítem 29	244,06	668,702	,505	,967
Resiliencia ítem 30	243,93	666,270	,547	,966

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Resiliencia ítem 31	244,07	664,747	,534	,967
Resiliencia ítem 32	244,05	667,924	,503	,967
Resiliencia ítem 33	243,61	665,268	,670	,966
Resiliencia ítem 34	243,82	663,361	,616	,966
Resiliencia ítem 35	243,65	662,595	,646	,966
Resiliencia ítem 36	244,21	667,616	,484	,967
Resiliencia ítem 37	244,07	665,701	,543	,966
Resiliencia ítem 38	243,70	663,570	,704	,966
Resiliencia ítem 39	244,35	660,302	,618	,966
Resiliencia ítem 40	244,25	670,962	,379	,967
Resiliencia ítem 41	244,05	662,639	,602	,966
Resiliencia ítem 42	243,71	662,795	,649	,966
Resiliencia ítem 43	243,93	659,609	,649	,966
Resiliencia ítem 44	243,86	663,532	,676	,966
Resiliencia ítem 45	243,78	664,227	,710	,966
Resiliencia ítem 46	243,89	664,300	,681	,966
Resiliencia ítem 47	243,76	662,145	,734	,966
Resiliencia ítem 48	243,71	661,327	,701	,966
Resiliencia ítem 49	243,65	665,714	,661	,966
Resiliencia ítem 50	243,61	665,855	,721	,966
Resiliencia ítem 51	244,20	661,905	,524	,967
Resiliencia ítem 52	243,92	660,865	,710	,966
Resiliencia ítem 53	243,75	666,375	,646	,966
Resiliencia ítem 54	243,98	665,706	,622	,966
Resiliencia ítem 55	243,75	666,847	,667	,966
Resiliencia ítem 56	243,99	663,642	,614	,966
Resiliencia ítem 57	243,95	668,869	,551	,966
Resiliencia ítem 58	243,88	665,775	,646	,966
Resiliencia ítem 59	244,22	663,108	,576	,966
Resiliencia ítem 60	244,28	662,186	,634	,966

**ANEXO XI -
CÁLCULO DE NORMALIDAD ESTADÍSTICA PARA
PUNTUACIÓN TOTAL, FACTORES Y SUPRAFACTORES DE
RESILIENCIA**

Tabla 42. Estadísticos descriptivos de los factores de resiliencia agrupados por estilos de apego

		Descriptivos							
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Resiliencia factor F1 (Identidad) bruto	Apego seguro	63	21,0317	2,87911	,36273	20,3067	21,7568	14,00	25,00
	Apego preocupado	22	19,7727	2,48676	,53018	18,6702	20,8753	16,00	25,00
	Apego evitativo	25	20,0000	3,00000	,60000	18,7617	21,2383	15,00	25,00
	Total	110	20,5455	2,86592	,27325	20,0039	21,0870	14,00	25,00
Resiliencia factor F2 (Autonomía) bruto	Apego seguro	63	22,0000	2,25760	,28443	21,4314	22,5686	17,00	25,00
	Apego preocupado	22	20,0909	2,65310	,56564	18,9146	21,2672	14,00	25,00
	Apego evitativo	25	19,5600	2,73983	,54797	18,4291	20,6909	14,00	25,00
	Total	110	21,0636	2,66915	,25449	20,5592	21,5680	14,00	25,00
Resiliencia factor F3 (Satisfacción) bruto	Apego seguro	63	21,1746	2,21825	,27947	20,6159	21,7333	18,00	25,00
	Apego preocupado	22	19,5000	1,99404	,42513	18,6159	20,3841	14,00	24,00
	Apego evitativo	25	19,6800	3,10537	,62107	18,3982	20,9618	13,00	25,00
	Total	110	20,5000	2,51144	,23946	20,0254	20,9746	13,00	25,00
Resiliencia factor F4 (Pragmatismo) bruto	Apego seguro	63	19,9048	2,75748	,34741	19,2103	20,5992	15,00	25,00
	Apego preocupado	22	18,5000	2,15473	,45939	17,5446	19,4554	14,00	25,00
	Apego evitativo	25	19,6000	2,95804	,59161	18,3790	20,8210	14,00	25,00
	Total	110	19,5545	2,72799	,26010	19,0390	20,0701	14,00	25,00
Resiliencia factor F5 (Vínculos) bruto	Apego seguro	63	22,0476	2,22470	,28029	21,4873	22,6079	17,00	25,00
	Apego preocupado	22	20,5000	2,46403	,52533	19,4075	21,5925	15,00	25,00
	Apego evitativo	25	20,6800	2,70370	,54074	19,5640	21,7960	15,00	25,00
	Total	110	21,4273	2,47356	,23585	20,9598	21,8947	15,00	25,00
Resiliencia factor F6 (Redes) bruto	Apego seguro	63	21,5556	1,98200	,24971	21,0564	22,0547	17,00	25,00
	Apego preocupado	22	19,6364	2,21565	,47238	18,6540	20,6187	14,00	23,00
	Apego evitativo	25	19,6800	3,31311	,66262	18,3124	21,0476	10,00	25,00
	Total	110	20,7455	2,54658	,24281	20,2642	21,2267	10,00	25,00

Anexo XI

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
Resiliencia factor F7 (Modelos) bruto	Apego seguro	63	22,1111	2,38349	,30029	21,5108	22,7114	18,00	25,00
	Apego preocupado	22	20,1818	2,64820	,56460	19,0077	21,3560	12,00	25,00
	Apego evitativo	25	19,4000	3,51188	,70238	17,9504	20,8496	10,00	25,00
	Total	110	21,1091	2,95329	,28159	20,5510	21,6672	10,00	25,00
Resiliencia factor F8 (Metas) bruto	Apego seguro	63	20,3333	2,85680	,35992	19,6139	21,0528	14,00	25,00
	Apego preocupado	22	18,5909	2,36359	,50392	17,5429	19,6389	14,00	24,00
	Apego evitativo	25	19,2400	2,65016	,53003	18,1461	20,3339	14,00	25,00
	Total	110	19,7364	2,79146	,26616	19,2089	20,2639	14,00	25,00
Resiliencia factor F9 (Afectividad) bruto	Apego seguro	63	21,6190	2,63003	,33135	20,9567	22,2814	16,00	25,00
	Apego preocupado	22	19,8636	2,49372	,53166	18,7580	20,9693	13,00	25,00
	Apego evitativo	25	20,3600	3,53412	,70682	18,9012	21,8188	10,00	25,00
	Total	110	20,9818	2,90833	,27730	20,4322	21,5314	10,00	25,00
Resiliencia factor F10 (Autoeficacia) bruto	Apego seguro	63	22,4127	2,25499	,28410	21,8448	22,9806	17,00	25,00
	Apego preocupado	22	20,4545	2,44418	,52110	19,3709	21,5382	14,00	25,00
	Apego evitativo	25	20,9600	3,43366	,68673	19,5427	22,3773	10,00	25,00
	Total	110	21,6909	2,71505	,25887	21,1778	22,2040	10,00	25,00
Resiliencia factor F11 (Aprendizaje) bruto	Apego seguro	63	21,3651	2,41835	,30468	20,7560	21,9741	15,00	25,00
	Apego preocupado	22	19,9545	1,98752	,42374	19,0733	20,8358	16,00	25,00
	Apego evitativo	25	19,7600	3,60879	,72176	18,2704	21,2496	11,00	25,00
	Total	110	20,7182	2,74324	,26156	20,1998	21,2366	11,00	25,00
Resiliencia factor F12 (Generatividad) bruto	Apego seguro	63	20,3016	3,01948	,38042	19,5411	21,0620	14,00	25,00
	Apego preocupado	22	19,3182	2,49545	,53203	18,2118	20,4246	14,00	25,00
	Apego evitativo	25	19,8000	3,02765	,60553	18,5502	21,0498	14,00	24,00
	Total	110	19,9909	2,92567	,27895	19,4380	20,5438	14,00	25,00
Sumatoria total de resiliencia SVRES	Apego seguro	63	255,8571	23,51242	2,96229	249,9356	261,7787	208,00	299,00
	Apego preocupado	22	236,3636	22,00334	4,69113	226,6079	246,1194	199,00	285,00
	Apego evitativo	25	238,7200	29,94651	5,98930	226,3587	251,0813	154,00	291,00
	Total	110	248,0636	26,22880	2,50082	243,1071	253,0202	154,00	299,00

Tabla 43. Homogeneidad de varianzas para los factores de resiliencia y la puntuación total de resiliencia

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
Resiliencia factor F1 (Identidad) bruto	,097	2	107	,907
Resiliencia factor F2 (Autonomia) bruto	,072	2	107	,931
Resiliencia factor F3 (Satisfaccion) bruto	3,821	2	107	,025
Resiliencia factor F4 (Pragmatismo) bruto	2,218	2	107	,114
Resiliencia factor F5 (Vinculos) bruto	,463	2	107	,631
Resiliencia factor F6 (Redes) bruto	1,686	2	107	,190
Resiliencia factor F7 (Modelos) bruto	2,255	2	107	,110
Resiliencia factor F8 (Metas) bruto	1,134	2	107	,326
Resiliencia factor F9 (Afectividad) bruto	2,396	2	107	,096
Resiliencia factor F10 (Autoeficacia) bruto	2,458	2	107	,090
Resiliencia factor F11 (Aprendizaje) bruto	4,447	2	107	,014
Resiliencia factor F12 (Generatividad) bruto	1,301	2	107	,276
Sumatoria total de resiliencia SVRES	,919	2	107	,402

Tabla 44. Estadísticos descriptivos de los suprafactores de factores de resiliencia agrupados por estilos de apego

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
Condiciones de base dimensión de resiliencia que agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad. Entre 15-90 puntos	Apego seguro	63	64,6984	6,53189	,82294	63,0534	66,3434	49,00	75,00
	Apego preocupado	22	60,1364	6,16670	1,31474	57,4022	62,8705	48,00	73,00
	Apego evitativo	25	61,0400	7,35119	1,47024	58,0056	64,0744	40,00	75,00
	Total	110	62,9545	6,90617	,65848	61,6495	64,2596	40,00	75,00
Visión de sí mismo dimensión de resiliencia que agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia. Entre 15-90 puntos	Apego seguro	63	65,9683	5,48890	,69154	64,5859	67,3506	56,00	75,00
	Apego preocupado	22	60,1818	6,09165	1,29874	57,4809	62,8827	45,00	70,00
	Apego evitativo	25	60,2000	8,42120	1,68424	56,7239	63,6761	36,00	75,00
	Total	110	63,5000	6,93846	,66156	62,1888	64,8112	36,00	75,00
Visión del problema dimensión de resiliencia que agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje. Entre 15- 90 puntos	Apego seguro	63	64,6508	5,90833	,74438	63,1628	66,1388	55,00	75,00
	Apego preocupado	22	59,6364	5,43836	1,15946	57,2251	62,0476	48,00	70,00
	Apego evitativo	25	58,8400	8,45419	1,69084	55,3503	62,3297	34,00	71,00
	Total	110	62,3273	6,97585	,66512	61,0090	63,6455	34,00	75,00
Respuesta resiliente dimensión de resiliencia que agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad. Entre 15-90 puntos	Apego seguro	63	60,5397	7,38094	,92991	58,6808	62,3985	47,00	75,00
	Apego preocupado	22	56,4091	6,38942	1,36223	53,5762	59,2420	43,00	74,00
	Apego evitativo	25	58,6400	7,34212	1,46842	55,6093	61,6707	44,00	70,00
	Total	110	59,2818	7,30732	,69673	57,9009	60,6627	43,00	75,00

Tabla 45. Homogeneidad de varianzas para los suprafactores de resiliencia

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
Condiciones de base dimensión de resiliencia que agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad. Entre 15-90 puntos	,401	2	107	,671
Visión de sí mismo dimensión de resiliencia que agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia. Entre 15-90 puntos	2,083	2	107	,130
Visión del problema dimensión de resiliencia que agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje. Entre 15-90 puntos	3,391	2	107	,037
Respuesta resiliente dimensión de resiliencia que agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad. Entre 15-90 puntos	1,415	2	107	,247

**ANEXO XII -
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD**

Tabla 46. Estadísticos para la variable “Edad del paciente”

Edad del paciente				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 26	1	,9	,9	,9
39	1	,9	,9	1,8
40	2	1,8	1,8	3,6
41	1	,9	,9	4,5
42	1	,9	,9	5,5
47	4	3,6	3,6	9,1
48	2	1,8	1,8	10,9
49	1	,9	,9	11,8
50	3	2,7	2,7	14,5
51	2	1,8	1,8	16,4
52	2	1,8	1,8	18,2
53	5	4,5	4,5	22,7
54	4	3,6	3,6	26,4
55	5	4,5	4,5	30,9
56	1	,9	,9	31,8
57	4	3,6	3,6	35,5
58	7	6,4	6,4	41,8
59	3	2,7	2,7	44,5
60	5	4,5	4,5	49,1
61	3	2,7	2,7	51,8
62	5	4,5	4,5	56,4
63	3	2,7	2,7	59,1
64	4	3,6	3,6	62,7
65	6	5,5	5,5	68,2
66	5	4,5	4,5	72,7
67	5	4,5	4,5	77,3
68	2	1,8	1,8	79,1
69	5	4,5	4,5	83,6
70	4	3,6	3,6	87,3
71	5	4,5	4,5	91,8
73	2	1,8	1,8	93,6
74	2	1,8	1,8	95,5
75	1	,9	,9	96,4
76	2	1,8	1,8	98,2
77	1	,9	,9	99,1
78	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabla 47. Estadísticos para la variable “Sexo”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	12	10,9	10,9	10,9
	Mujer	98	89,1	89,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 48. Estadísticos para la variable “Nacionalidad”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BOLIVIANA	1	,9	,9	,9
	ESPAÑOLA	106	96,4	96,4	97,3
	ITALIANA	2	1,8	1,8	99,1
	URUGUAYA	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 49. Estadísticos para la variable “País de origen”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BOLIVIA	1	,9	,9	,9
	CUBA	1	,9	,9	1,8
	ESPAÑA	105	95,5	95,5	97,3
	ITALIA	2	1,8	1,8	99,1
	URUGUAY	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 50. Estadísticos para la variable “Dispositivo procedencia”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hospital M, Badalona	75	68,2	68,2	68,2
	Centro Asistencia Primaria	26	23,6	23,6	91,8
	Asociacion de pacientes	9	8,2	8,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 51. Estadísticos para la variable “Estado civil actual”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero/a	8	7,3	7,3	7,3
	Casado/a	91	82,7	82,7	90,0
	Separado/a	7	6,4	6,4	96,4
	Viudo/a	3	2,7	2,7	99,1
	No sabe/No contesta	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 52. Estadísticos para la variable “Número de hijos”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	12	10,9	10,9	10,9
	1	26	23,6	23,6	34,5
	2	60	54,5	54,5	89,1
	3	9	8,2	8,2	97,3
	4	2	1,8	1,8	99,1
	5	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 53. Estadísticos para la variable “Trabajo_ocupación actual”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ADMINISTRATIVA	15	13,6	13,6	13,6
	ADMNISTRATIVA	1	,9	,9	14,5
	AGENTE SEGUROS	1	,9	,9	15,5
	ALBAÑIL	1	,9	,9	16,4
	AMA DE CASA	18	16,4	16,4	32,7
	ARTES GRAFICAS	1	,9	,9	33,6
	BANCA	1	,9	,9	34,5
	CANGURO	1	,9	,9	35,5
	COCINERA	2	1,8	1,8	37,3
	COMERCIAL	6	5,5	5,5	42,7
	DEPENDIENTA	4	3,6	3,6	46,4
	EMPRESARIA	2	1,8	1,8	48,2
	ENCARGADO OBRA	1	,9	,9	49,1
	ENFERMERA	2	1,8	1,8	50,9
	FUNCIONARIA	2	1,8	1,8	52,7
	GESTORA CULTURAL	1	,9	,9	53,6
	GESTORIA	1	,9	,9	54,5
	INDUSTRIA	1	,9	,9	55,5
	INFORMATICO	1	,9	,9	56,4
	JUBILADA	9	8,2	8,2	64,5
	JUBILADO	2	1,8	1,8	66,4
	LIMPIADORA	1	,9	,9	67,3
	LIMPIEZA	7	6,4	6,4	73,6
	MAESTRA	2	1,8	1,8	75,5
	MEDICO	4	3,6	3,6	79,1
	MODISTA	1	,9	,9	80,0
	MONITORA ESCOLAR	1	,9	,9	80,9
	OPERARIA	2	1,8	1,8	82,7
	OPERARIO	1	,9	,9	83,6
	PARO	4	3,6	3,6	87,3
	PROFESORA	4	3,6	3,6	90,9
	PSICOLOGA	2	1,8	1,8	92,7
	PSIQUIATRA	1	,9	,9	93,6
	RECEPCIONISTA	1	,9	,9	94,5
	SOLDADOR	1	,9	,9	95,5
	TECNICO REPARACION	1	,9	,9	96,4
	TRABAJADORA FAMILIAR	2	1,8	1,8	98,2
	VENDEDORA	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 54. Estadísticos para la variable “Nivel de estudios”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sabe/No contesta	1	,9	,9	,9
	Primarios	48	43,6	43,6	44,5
	EGB/ESO	4	3,6	3,6	48,2
	CFGM	4	3,6	3,6	51,8
	FP/CFGS/BACHILLERATO	30	27,3	27,3	79,1
	Diplomatura universitaria	5	4,5	4,5	83,6
	Licenciatura universitaria	10	9,1	9,1	92,7
	Postgrado/Master	8	7,3	7,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 55. Estadísticos para la variable “Año del diagnóstico”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1991	1	,9	,9	,9
	2000	2	1,8	1,8	2,7
	2002	1	,9	,9	3,6
	2003	1	,9	,9	4,5
	2004	1	,9	,9	5,5
	2005	2	1,8	1,8	7,3
	2006	9	8,2	8,2	15,5
	2007	7	6,4	6,4	21,8
	2008	7	6,4	6,4	28,2
	2009	8	7,3	7,3	35,5
	2010	14	12,7	12,7	48,2
	2011	24	21,8	21,8	70,0
	2012	10	9,1	9,1	79,1
	2013	13	11,8	11,8	90,9
	2014	7	6,4	6,4	97,3
	2015	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 56. Estadísticos para la variable “Tipo de tumor”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mama	89	80,9	80,9	80,9
	Colon/Recto	13	11,8	11,8	92,7
	Ovario	6	5,5	5,5	98,2
	Endometrio	1	,9	,9	99,1
	Otros	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 57. Estadísticos para la variable “Cirugía”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	7	6,4	6,4	6,4
	Si	103	93,6	93,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 58. Estadísticos para la variable “Quimioterapia”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	27	24,5	24,5	24,5
	Si	83	75,5	75,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 59. Estadísticos para la variable “Radioterapia”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	33	30,0	30,0	30,0
	Si	77	70,0	70,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 60. Estadísticos para la variable “Hormonoterapia”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	49	44,5	44,5	44,5
	Si	61	55,5	55,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 61. Estadísticos para la variable “Tratamiento actual”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin tratamiento	75	68,2	68,2	68,2
	Hormonoterapia	35	31,8	31,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 62. Estadísticos para la variable “Estado actual de la enfermedad”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inactivo	110	100,0	100,0	100,0

**ANEXO XIII -
DIMENSIONES DEL APEGO ADULTO
FACTORES Y SUPRAFACTORES DE RESILIENCIA**

Tabla 63. Tabla de contingencia para las variables “Estilos de apego” y “Sexo”

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Estilos de apego.	Apego seguro	Recuento	6	57	63
		% dentro de Sexo	50,0%	58,2%	57,3%
Variable de segmentación	Apego preocupado	Recuento	3	19	22
		% dentro de Sexo	25,0%	19,4%	20,0%
	Apego evitativo	Recuento	3	22	25
		% dentro de Sexo	25,0%	22,4%	22,7%
Total		Recuento	12	98	110
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 64. Estadísticos descriptivos para las dimensiones de apego del CaMir-R

Estadísticos descriptivos											
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Apego dimension D1 (Seguridad) bruta	110	3,43	1,57	5,00	4,1961	,71960	,518	-1,331	,230	1,706	,457
Apego dimension D2 (Preocupacion familiar) bruta	110	3,67	1,33	5,00	3,3121	,87644	,768	,095	,230	-,608	,457
Apego dimension D3 (Interferencia padres) bruta	110	4,00	1,00	5,00	2,8500	,81218	,660	,504	,230	,185	,457
Apego dimension D4 (Valor autoridad paterna) bruta	110	2,33	2,67	5,00	4,3061	,56599	,320	-,523	,230	-,443	,457
Apego dimension D5 (Permisividad parental) bruta	110	4,00	1,00	5,00	2,3364	,69143	,478	1,030	,230	2,760	,457
Apego dimension D6 (Autosuficiencia) bruta	110	3,25	1,75	5,00	2,9886	,76655	,588	,697	,230	-,098	,457
Apego dimension D7 (Trauma infantil) bruta	110	4,00	1,00	5,00	2,1109	,88061	,775	1,075	,230	,694	,457
N válido (por lista)	110										

Tabla 65. Correlaciones entre las dimensiones de apego del CaMir-R

	Zscore: Apego dimension D1	Zscore: Apego dimension D2	Zscore: Apego dimension D3	Zscore: Apego dimension D4	Zscore: Apego dimension D5	Zscore: Apego dimension D6	Zscore: Apego dimension D7
Zscore: Apego dimension D1 (Seguridad)	1	-,011	-,275**	,097	-,077	-,521**	-,605**
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,909	,004	,314	,426	,000	,000
N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D2 (Preocupacion familiar)	-,011	1	,414**	,330**	,141	,301**	,181
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)			,000	,000	,141	,001	,058
N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D3 (Interferencia padres)	-,275**	,414**	1	,124	,224*	,456**	,365**
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,000		,197	,019	,000	,000
N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D4 (Valor autoridad paterna)	,097	,330**	,124	1	,117	,135	,061
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,000	,197		,222	,160	,524
N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D5 (Permisividad parental)	-,077	,141	,224*	,117	1	,227*	,325**
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,141	,019	,222		,017	,001
N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D6 (Autosuficiencia)	-,521**	,301**	,456**	,135	,227*	1	,579**
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,001	,000	,160	,017		,000
N	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D7 (Trauma infantil)	-,605**	,181	,365**	,061	,325**	,579**	1
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,058	,000	,524	,001	,000	
N	110	110	110	110	110	110	110

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 66. Estadísticos descriptivos para los factores de resiliencia de la SV-RES

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Resiliencia factor F1 (Identidad) bruto	110	11,00	14,00	25,00	20,5455	2,86592	8,214	-,205	,230	-,549	,457
Resiliencia factor F2 (Autonomía) bruto	110	11,00	14,00	25,00	21,0636	2,66915	7,124	-,373	,230	,024	,457
Resiliencia factor F3 (Satisfacción) bruto	110	12,00	13,00	25,00	20,5000	2,51144	6,307	-,117	,230	,126	,457
Resiliencia factor F4 (Pragmatismo) bruto	110	11,00	14,00	25,00	19,5545	2,72799	7,442	,185	,230	-,343	,457
Resiliencia factor F5 (Vinculos) bruto	110	10,00	15,00	25,00	21,4273	2,47356	6,119	-,182	,230	-,434	,457
Resiliencia factor F6 (Redes) bruto	110	15,00	10,00	25,00	20,7455	2,54658	6,485	-,847	,230	2,289	,457

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Resiliencia factor F7 (Modelos) bruto	110	15,00	10,00	25,00	21,1091	2,95329	8,722	-,755	,230	1,448	,457
Resiliencia factor F8 (Metas) bruto	110	11,00	14,00	25,00	19,7364	2,79146	7,792	,104	,230	-,578	,457
Resiliencia factor F9 (Afectividad) bruto	110	15,00	10,00	25,00	20,9818	2,90833	8,458	-,640	,230	,918	,457
Resiliencia factor F10 (Autoeficacia) bruto	110	15,00	10,00	25,00	21,6909	2,71505	7,371	-,916	,230	2,124	,457
Resiliencia factor F11 (Aprendizaje) bruto	110	14,00	11,00	25,00	20,7182	2,74324	7,525	-,462	,230	,994	,457
Resiliencia factor F12 (Generatividad) bruto	110	11,00	14,00	25,00	19,9909	2,92567	8,560	,025	,230	-,432	,457
N válido (por lista)	110										

Tabla 67. Estadísticos descriptivos para los suprafactores de resiliencia de la SV-RES

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Condiciones de base (agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad)	110	35,00	40,00	75,00	62,9545	6,90617	47,695	-,144	,230	,162	,457
Visión de sí mismo (agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia)	110	39,00	36,00	75,00	63,5000	6,93846	48,142	-,605	,230	1,358	,457
Visión del problema (agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje)	110	41,00	34,00	75,00	62,3273	6,97585	48,663	-,531	,230	1,425	,457
Respuesta resiliente (agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad)	110	32,00	43,00	75,00	59,2818	7,30732	53,397	,159	,230	-,340	,457
N válido (por lista)	110										

Tabla 68. Correlaciones entre las dimensiones de apego del Camir-R y los factores de resiliencia de la SV-RES

		Zscore: Resiliencia factor F1 (Identidad)	Zscore: Resiliencia factor F2 (Autonomía)	Zscore: Resiliencia factor F3 (Satisfacción)	Zscore: Resiliencia factor F4 (Pragmatismo)	Zscore: Resiliencia factor F5 (Vinculos)	Zscore: Resiliencia factor F6 (Redes)	Zscore: Resiliencia factor F7 (Modelos)	Zscore: Resiliencia factor F8 (Metas)	Zscore: Resiliencia factor F9 (Afectividad)	Zscore: Resiliencia factor F10 (Autoeficacia)	Zscore: Resiliencia factor F11 (Aprendizaje)	Zscore: Resiliencia factor F12 (Generatividad)
Zscore: Apego dimension D1 (Seguridad)	Correlación de Pearson	,147	,356**	,318**	,022	,300**	,340**	,412**	,170	,273**	,255**	,204*	,095
	Sig. (bilateral)	,125	,000	,001	,818	,001	,000	,000	,077	,004	,007	,032	,324
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D2 (Preocupación familiar)	Correlación de Pearson	-,012	,152	,053	,319**	,108	,122	,221*	,068	,122	,186	,184	,157
	Sig. (bilateral)	,903	,114	,579	,001	,262	,203	,021	,482	,203	,052	,055	,101
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D3 (Interferencia padres)	Correlación de Pearson	,014	,054	,030	,206*	,069	-,057	,059	-,008	,010	,062	,057	,173
	Sig. (bilateral)	,886	,574	,753	,031	,476	,551	,544	,930	,921	,520	,554	,070
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D4 (Valor autoridad)	Correlación de Pearson	,175	,309**	,134	,220*	,183	,167	,152	,115	,113	,207*	,149	,072
	Sig. (bilateral)	,067	,001	,161	,021	,055	,081	,113	,230	,240	,030	,121	,456
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D5 (Permisividad parental)	Correlación de Pearson	,078	,007	-,061	,036	-,044	-,161	-,156	,056	-,154	-,197*	-,141	,005
	Sig. (bilateral)	,419	,946	,528	,706	,650	,093	,104	,562	,109	,040	,141	,962
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D6 (Autosuficiencia)	Correlación de Pearson	,000	-,050	-,053	,257**	-,047	-,161	-,222*	-,002	,016	,088	,066	,163
	Sig. (bilateral)	,998	,603	,582	,007	,626	,092	,020	,979	,865	,363	,493	,090
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Zscore: Apego dimension D7 (Trauma infantil)	Correlación de Pearson	-,080	-,194*	-,206*	,081	-,165	-,160	-,255**	,057	-,077	-,096	-,077	,030
	Sig. (bilateral)	,405	,042	,031	,400	,085	,095	,007	,556	,427	,318	,427	,753
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 69. Correlaciones entre dimensiones de apego y suprafactores de resiliencia

		Condiciones de base dimensión de resiliencia que agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad	Visión de sí mismo dimensión de resiliencia que agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia.	Visión del problema dimensión de resiliencia que agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje.	Respuesta resiliente dimensión de resiliencia que agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad.
Apego dimension D1 (Seguridad) bruta	Correlación de Pearson	,283**	,362**	,369**	,111
	Sig. (bilateral)	,003	,000	,000	,248
	N	110	110	110	110
Apego dimension D2 (Preocupación familiar) bruta	Correlación de Pearson	,085	,176	,185	,208*
	Sig. (bilateral)	,376	,066	,053	,029
	N	110	110	110	110
Apego dimension D3 (Interferencia padres) bruta	Correlación de Pearson	,034	,024	,058	,143
	Sig. (bilateral)	,722	,803	,546	,137
	N	110	110	110	110
Apego dimension D4 (Valor autoridad paterna) bruta	Correlación de Pearson	,186	,261**	,171	,155
	Sig. (bilateral)	,052	,006	,074	,106
	N	110	110	110	110
Apego dimension D5 (Permisividad parental) bruta	Correlación de Pearson	-,048	-,134	-,143	,037
	Sig. (bilateral)	,618	,164	,135	,703
	N	110	110	110	110
Apego dimension D6 (Autosuficiencia) bruta	Correlación de Pearson	-,010	-,044	-,087	,160
	Sig. (bilateral)	,917	,647	,365	,094
	N	110	110	110	110
Apego dimension D7 (Trauma infantil) bruta	Correlación de Pearson	-,125	-,171	-,212*	,064
	Sig. (bilateral)	,194	,074	,026	,506
	N	110	110	110	110

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 70. Correlación entre los suprafactores de resiliencia de la SV-RES

		Condiciones de base dimensión de resiliencia que agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad	Visión de sí mismo dimensión de resiliencia que agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia	Visión del problema dimensión de resiliencia que agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje	Respuesta resiliente dimensión de resiliencia que agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad
Condiciones de base dimensión de resiliencia que agrupa F1 Identidad, F5 Vínculos y F9 Afectividad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 110	,897** 110	,857** 110	,784** 110
Visión de sí mismo dimensión de resiliencia que agrupa F2 Autonomía, F6 Redes y F10 Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,897** 110	1 110	,896** 110	,764** 110
Visión del problema dimensión de resiliencia que agrupa F3 Satisfacción, F7 Modelos y F11 Aprendizaje	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,857** 110	,896** 110	1 110	,767** 110
Respuesta resiliente dimensión de resiliencia que agrupa F4 Pragmatismo, F8 Metas y F12 Generatividad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,784** 110	,764** 110	,767** 110	1 110

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).