Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Propuesta de intervención para la promoción de la resiliencia y el crecimiento postraumático en cuidadores de pacientes ingresados en oncología pediátrica

Laura Medel Peña

Director/a: Helena Garrido Hernansaiz

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

ÍNDICE

RESUMEN 4
ABSTRACT 4
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN 6
2. OBJETIVOS 7
Objetivo general 7
Objetivos específicos 7
3. MARCO TEÓRICO 7
3.1 RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO 7
3.2 CÁNCER INFANTIL: IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE Y FAMILIA 9
3.3 RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES Y PACIENTES EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA 10
3.4 FACTORES IMPLICADOS EN LA RESILIENCIA Y EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO 12
3.5 MODELOS DE INTERVENCIÓN ACTUALES 15
3.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 16
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN 16
4.1 PRESENTACIÓN 16
4.2 OBJETIVOS 16
Objetivo General: 16
Objetivos específicos: 17
4.3 CONTEXTO DONDE SE ENCUENTRA 17
4.4 METODOLOGÍA 17
4.5 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA POR SESIONES 19
Sesiones con los cuidadores principales 19
1ª Sesión 19
Actividad 1: aprendiendo a confiar 19
Actividad 2: identificando círculos de intimidad 19
Actividad 3: participando en actividades sociales 20
2ª Sesión 20
Actividad 1: identificando otros puntos de vista. 20
Actividad 2: identificando conductas asertivas. 21
Actividad 3: practicando asertividad. 21
3ª Sesión 21
Actividad 1: comprendiendo el ABC. 21

Actividad 2: identificando emociones. 22
Actividad 3: entrenando en respiración. 22
4ª Sesión 22
Actividad 1: aprendiendo a reestructurar. 22
Actividad 2: entrenando la práctica de la relajación. 23
5ª Sesión 23
Actividad 1: orientándonos positivamente frente al problema. 23
Actividad 2: resolviendo problemas. 25
6ª Sesión 26
Actividad 1: tomando conciencia de las habilidades que poseemos. 26
Actividad 2: poniendo en práctica nuestras habilidades. 26
7ª Sesión 27
Actividad 1: generando emociones positivas. 27
Actividad 2: practicando la gratitud. 27
8ª Sesión 27
Actividad 1: aprendiendo a ser comprensivos con nosotros mismos. 27
Actividad 2: aprendiendo a responsabilizarnos sin culparnos. 28
Actividad 3: liberándonos de los pensamientos obsesivos. 28
9ª Sesión 29
Actividad 1: identificando cambios positivos. 29
Actividad 2: aprendiendo a ser optimistas. 30
10ª Sesión 30
Actividad 1: apoyándonos en los demás. 30
Actividad 2: conociendo nuestra red social de apoyo. 31
Despedida y cierre de programa. 31
Sesión con el personal sanitario 31
4.6 EVALUACIÓN DE RESULTADOS 32
5. CONCLUSIONES 33
6. REFERENCIAS 36
7. ANEXOS 45
Anexo 1: Ficha ejemplificada para la elaboración de los círculos de intimidad. 45
Anexo 2: entrenamiento en asertividad basado en el libro de Smith (1987). 46
Anexo 3: Situaciones para practicar conductas asertivas. 47
Anexo 4: Ficha para la identificación de emociones (Núñez y Valcárcel, 2013) 48

Anexo 5: diferentes situaciones para la adaptación de recursos 50

Anexo 6: preguntas para el concurso.....51

Anexo 7: Resiliency Questionnaire for Adults (RQA; Alonso-Tapia, Garrido-Hernansaiz, Rodríguez-Rey, Ruiz y Nieto, 2017). 52

Anexo 8: Inventario de Crecimiento Postraumático (Calhoun y Tedeschi 1996, 2006). Versión española de Weiss y Berger (2006).....53

Anexo 9: Breve escala de resiliencia (BRS; Smith et al., 2008). Versión española de Rodríguez-Rey, Alonso-Tapia y Hernansaiz-Garrido (2016). 54

RESUMEN

Tradicionalmente, los estudiosos de la psicología del trauma se han centrado en la respuesta patológica frete a este. Sin embargo, con el nacimiento de la psicología positiva emerge un nuevo enfoque centrado en el estudio de las respuestas positivas o la ausencia de respuestas negativas ante la situación traumática. A raíz de ello se establecen los términos de resiliencia, como la capacidad del ser humano para sobreponerse a las situaciones adversas, y crecimiento postraumático, como la capacidad para obtener una ganancia en el confrontamiento de una situación traumática.

Debido a los niveles de incidencia del cáncer infantil en los últimos años y al impacto negativo que tiene sobre la salud mental y la calidad de vida de los familiares de los niños que lo padecen, numerosos autores han estudiado las respuestas de resiliencia y crecimiento postraumático en esta población.

El diseño de este programa de intervención está enfocado a promover la respuesta de resiliencia y crecimiento postraumático en cuidadores principales de pacientes que se encuentran en ingreso hospitalario en oncología pediátrica, ya que el ingreso del niño supone un factor estresante que promueve el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático, depresión y ansiedad. El programa se ha diseñado en torno a los factores de riesgo y de protección aportados por diversas investigaciones con el objetivo de crear un programa con fundamentación científica que fomente el desarrollo de respuestas adaptativas en esta población a fin de mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Resiliencia, Crecimiento Postraumático, Cáncer, Pediátrico, Cuidadores.

ABSTRACT

Trauma psychology traditionally focused on the pathological response to trauma. However, with the advent of positive psychology, research today closely looks at positive responses or the absence of negative responses to traumatic situations. Specifically, focus revolves around resilience, defined as the ability to overcome adverse situations, and around posttraumatic growth, defined as the ability to obtain a gain whilst confronting traumatic situations.

The increasing incidence of childhood cancer and devastation it has caused not just to the individual patient but to their family members has resulted in many studies today looking at the effect of resilience and posttraumatic growth in caregivers of children diagnosed with cancer.

This study is an interventional program that focuses on promoting positive psychology, specifically resilience and posttraumatic growth for main caregivers of children admitted in the

pediatric oncology ward in a hospital. The admission of a child with cancer is extremely stressful for the caregiver and has positive correlations with the development of Post Traumatic Stress Disorder, depression and anxiety, so this program, which uses a scientific criteria designed around the protective and risk factors of each individual, aims to promote the development of positive adaptive responses in this population, with the final goal of an improvement of their quality of life.

Keywords: Resilience, Posttraumatic Growth, Cancer, Pediatric, Caregivers.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según los estudios estadísticos de Peris, Pardo, Muñoz, Sayas y Valero (2017) la incidencia del cáncer infantil en España es de 155.5 casos por millón al año. Los más frecuentes son: leucemia (26.5%), linfoma (13.1%) y tumores en el Sistema Nervioso Central (21.2%). Aunque la tasa de supervivencia es elevada (el 97 de los afectados sobrevive durante los tres primeros años tras el diagnóstico), esta enfermedad supone un factor estresante para toda la familia, ya que cuando el que enferma es un niño toda la familia enferma con él (Grau y Fernández, 2010). Los padres de los niños con diagnóstico grave experimentan altos niveles de ansiedad, depresión, estrés y mayor riesgo de desarrollar Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), así como un descenso en su calidad de vida (Clements, Copeland y Loftus 1990; Dahlquist, Czyzewski y Jones 1996; Gunjur, 2015; Mastroyannopoulou, Stallard, Lewis y Lenton 1997; Muscara et al., 2015; Norberg y Boman, 2008; Salvador, Crespo, Martins, Santos y Canavarro, 2014), aunque hay que tener en cuenta que en el caso de la experiencia del cáncer, la respuesta del individuo depende mucho del momento del tratamiento, suponiendo el ingreso hospitalario un factor estresante para los padres (Commodari, 2010; Franck et al., 2015), especialmente cuando el ingreso se da en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ya que éste supone un contexto de alto riesgo tanto para los niños como para los padres (Rees, Gledhill, Garralda y Nadel, 2004; Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia, 2016).

A esta problemática se le añade el impacto directo que tiene la calidad de vida de la familia sobre la calidad de vida del niño enfermo (Trask et al., 2003). Por ello, resulta fundamental la intervención psicológica con la familia del niño afectado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto del niño como de la familia.

Aunque tradicionalmente los estudios han ido enfocados a la respuesta patológica del individuo frente al trauma (Vera, Carbelo y Vecina, 2006), actualmente se están desarrollando muchos estudios de las respuestas positivas o la ausencia de las respuestas patológicas ante situaciones traumáticas (Bartone, 2000; Bonanno, 2004; Calhoun y Tedeschi, 1999), surgiendo así el estudio de la resiliencia, entendida como la habilidad para seguir adelante a pesar de haber estado expuesto a situaciones de riesgo graves (Rutter, 2006), y el crecimiento postraumático, entendido como una ganancia positiva en un individuo tras haber enfrentado una situación traumática (Calhoun y Tedeschi, 1999).

A través de este trabajo se plantea realizar un programa de intervención en el que se busque promover la resiliencia y el crecimiento postraumático en cuidadores de pacientes en oncología pediátrica que se encuentran en ingreso hospitalario.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Diseñar un programa de intervención que promueva la respuesta de resiliencia y crecimiento postraumático en cuidadores principales de pacientes en oncología pediátrica.

Objetivos específicos

- Identificar y describir la funcionalidad de la resiliencia y el crecimiento postraumático en los cuidadores principales de pacientes en oncología pediátrica.
- Aislar las variables que están implicadas en el desarrollo de la resiliencia y el crecimiento postraumático.
- Desarrollar medios para potenciar las variables predictoras de resiliencia y crecimiento postraumático en cuidadores principales de pacientes oncológicos pediátricos.
- Ajustar el programa de intervención a un momento concreto de la enfermedad: el ingreso hospitalario del niño.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

Las reacciones positivas, o la ausencia de reacciones negativas, intensas y prolongadas ante una pérdida han sido consideradas como patológicas o como formas de dolor ausente por parte de los teóricos del duelo más tradicionales (Bonanno, 2004). Sin embargo, algunos autores comienzan a estudiar las respuestas adaptativas del individuo ante situaciones traumáticas, sin considerarlas formas patológicas derivadas del trauma (Bartone, 2000; Bonanno, 2004; Calhoun y Tedeschi, 1999). A raíz de este enfoque, surgen los términos de resiliencia y crecimiento postraumático.

Bonanno (2004) describe la resiliencia como la capacidad para mantener un equilibrio estable, haciendo hincapié en la diferencia entre resiliencia y recuperación. Mientras que en la recuperación el funcionamiento del individuo quedaría temporalmente en el umbral de la psicopatología y tras un tiempo volvería al funcionamiento normal, en la resiliencia no se produciría esa interrupción en el funcionamiento normal. Un punto clave en la resiliencia es que aunque se pueda experimentar un aumento de angustia breve al principio o presentarse ciertas dificultades para regular el equilibrio psicológico (como falta de concentración, dificultad para dormir, etc.) se es capaz de mantener una función normal en el día a día o muy cercana a los niveles normales (Bonanno, 2005).

Masten (2001) define dos criterios para identificar la resiliencia. El primero es que exista una amenaza significativa al funcionamiento normal de la persona. Tiene que ser un riesgo estadísticamente demostrable que aumente las probabilidades de un resultado no deseado; esto es, que sea considerado un factor de riesgo (nivel socioeconómico bajo, exposición directa a maltrato, etc.). El segundo criterio es que el nivel de adaptación y desarrollo del individuo frente a la amenaza sea considerado como adecuado.

Considerando el impacto emocional que supone sobre la persona una experiencia traumática, cabe pensar que la resiliencia es una respuesta poco usual en el individuo frente al suceso traumático. Sin embargo, la resiliencia es una respuesta bastante común entre los individuos expuestos al trauma (Bonanno, 2004), representando entre el 35% y el 65% de las respuestas en las muestras expuestas a amenazas estudiadas (Bonanno, Westphal y Mancini, 2012). Así, se concluye que la resiliencia forma parte de un proceso de adaptación natural en el ser humano (Masten, 2001).

Otra posible respuesta frente a un evento traumático es el crecimiento postraumático. Calhoun y Tedeschi (1999) definen el crecimiento postraumático como un cambio positivo en el individuo como resultado al proceso de lucha ante un acontecimiento traumático. Tedeschi y Calhoun (2004) identificaron varios dominios en los que el individuo puede experimentar un cambio positivo, como una mayor apreciación por la vida, relaciones interpersonales más significativas, mayor fuerza personal, un cambio de prioridades en la vida y mayor espiritualidad. Cabe destacar que, a diferencia de la resiliencia, en el crecimiento postraumático se da un periodo de aflicción en el que se interrumpe el funcionamiento habitual del individuo, seguido por la clásica recuperación. La diferencia respecto a la recuperación estriba en que el individuo no solo recupera el nivel de bienestar previo al trauma, sino que además obtiene un cambio positivo de ello, alcanzando un nivel de funcionamiento superior al previo (Bonanno, 2005; Tedeschi y Calhoun, 2004).

Diversas teorías que explican el crecimiento postraumático defienden que la gravedad percibida de un suceso puede ser modificada a través de las cogniciones (Vera et al., 2006), por lo que el crecimiento postraumático tendría lugar a nivel cognitivo (Calhoun y Tedeschi, 1999). Esto implica que el cambio puede producirse en unas dimensiones de la vida del individuo y no en otras, en función de los esquemas que este modifique, de tal modo que pueden experimentarse cambios positivos en unas dimensiones y no experimentarse en otras o incluso experimentar cambios negativos en otras (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 1998). Igual que sucede con la resiliencia, el crecimiento postraumático también es bastante común. Así, Calhoun y Tedeschi (1999) encontraron que entre el 30 y 90 por ciento de las personas que

habían sido expuestas a algún evento traumático obtuvieron alguna ganancia positiva de esa experiencia.

3.2 CÁNCER INFANTIL: IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE Y FAMILIA

El diagnóstico de cáncer infantil supone un aumento en la vulnerabilidad al estrés de la unidad familiar(McGrath 2000). El tratamiento del cáncer infantil es muy efectivo, pero supone un proceso largo e invasivo. Los programas suelen tener una duración de dos a tres años, que requieren que el niño pase largos periodos de tiempo en el hospital (Henderson, Goldacre, Fairweather y Marcovitch, 1992), lo que supone un gran impacto sobre la familia. En el estudio de McGrath (2001), el 100% de las familias que participaron manifestaron su preocupación por que el funcionamiento de la familia fuese el habitual, así como por mantener la familia unida. En este sentido, aparecen amenazas como la reubicación de la familia, las interrupciones en el trabajo y en la vida académica y otras interrupciones en la vida familiar que los padres interpretan como un desafío.

Respecto al impacto psicológico que tiene el cáncer sobre el niño, los estudios de Noll et al. (1999) encontraron que los niños con cáncer mejoraron en competencias sociales y emocionales y que puntuaban más bajo en autoconcepto atlético. Von Essen, Enskär, Kreuger, Larsson y Sjödén (2000) encontraron unos niveles de ansiedad y depresión en niños que estaban en tratamiento oncológico comparables a los niños sanos. Sin embargo, los niveles de depresión y ansiedad aumentaban cuando dejaban el tratamiento, así como mostraban un menor bienestar psicológico y una menor autoestima física que los niños sanos, por lo que el periodo posterior al tratamiento podría caracterizarse por un mayor riesgo de problemas psicosociales. Por otro lado, Frank, Blount y Brown (1997) señalaron el estilo atribucional depresivo, el estilo de afrontamiento evitativo y la baja competencia social como predictores de la dificultad de adaptación del niño a la experiencia del cáncer.

Respecto al impacto que tiene el cáncer infantil en los familiares del niño enfermo, diversos estudios encontraron que ambos progenitores experimentan niveles de ansiedad en el momento del diagnóstico, aunque cabe señalar que los niveles de ansiedad son más altos en el caso de las madres que en los padres (Clements, Copeland y Loftus, 1990; Dahlquist, Czyzewski y Jones, 1996; Mastroyannopoulou, Stallard, Lewis y Lenton, 1997). La evolución de los niveles de ansiedad es parecida en ambos progenitores (Dahlquist et al., 1996). En general, los padres cuyos hijos padecen alguna enfermedad grave presentan unos niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés postraumático (Muscara et al., 2015; Norberg y Boman, 2008) así como

menor calidad de vida (Salvador, Crespo, Martins, Santos y Canavarro, 2014) que los padres de niños sanos.

Hay que tener en cuenta que el impacto psicológico se enmarca dentro del momento de la enfermedad y el tratamiento de esta. Los resultados de Commodari (2010) y Franck et al. (2015) mostraron que el ingreso hospitalario del niño supone una situación estresante para los familiares y cuidadores de éste, experimentando niveles significativos de ansiedad y depresión. No obstante, los estudios de Rees et al., (2004) compararon una muestra de padres cuyos hijos habían ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con otra muestra de padres cuyos hijos se encontraban ingresados en la estancia pediátrica general obteniendo que la UCIP constituye un entorno mucho más estresante, mostrando un riesgo mucho más elevado de presentar Trastorno de Estrés Postraumático, aunque no se encontraron diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión de ambos grupos. Estos resultados son congruentes con los de Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia (2016) que estudiaron el impacto de la UCIP sobre los padres de niños ingresados, identificando el contexto de la UCIP como un contexto de alto riesgo para los padres debido al alto riesgo de desarrollar TEPT (23.1%), ansiedad moderada-severa (21%) y depresión moderada-severa (9.1%) tras seis meses desde el alta hospitalaria del niño.

3.3 RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES Y PACIENTES EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

La experiencia del cáncer supone un proceso traumático caracterizado por presentar diferentes estresores en función del momento de la enfermedad en el que se encuentren. El cáncer infantil supone un estresor para toda la familia que en muchas ocasiones produce una disrupción del sistema familiar (Alderfer y Kazak, 2006). Debido a la magnitud estresante de la experiencia del cáncer, algunos autores han estudiado la resiliencia y el crecimiento postraumático dentro de esta población. Del estudio de la resiliencia se descubre que el Trastorno por Estrés Postraumático, la depresión y la ansiedad se relacionan negativamente con ésta (Duan, Guo y Gan, 2015; Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Hoge, Austin y Pollack, 2007; Maestas, Sherer, Sander, Tulsky y Nick, 2014).

Los resultados de González-Arratia, Nieto y Valdez (2011) sugieren que los niños con cáncer presentan un nivel alto en los factores protectores internos, externos y en empatía, siendo estos factores que promueven un nivel alto de resiliencia. Los estudios de Tillery, Sharp, Okado, Long y Phipps (2015) también concluyeron que los niños con cáncer manifiestan un alto nivel de resiliencia, sugiriendo que la conexión con el dominio social y familiar promueve el desarrollo de la resiliencia.

Por otro lado, los resultados de González-Arratia et al. (2011) mostraron un nivel de moderado a alto en resiliencia en madres. Estos resultados son congruentes con la revisión sistemática de Van Schoors, Caes, Verhofstadt, Goubert y Alderfer (2015) en la que concluyeron que muchas familias son resilientes, mostrando una buena adaptabilidad al diagnóstico de cáncer, aunque hay un subconjunto de estas familias que presentaban dificultades.

En cuanto al crecimiento postraumático en niños que han vivido la experiencia del cáncer, no existen muchos estudios, si bien los que hay han encontrado que los niños con cáncer experimentan niveles más altos en crecimiento que sus iguales sanos (Phipps et al., 2014), aunque sería necesaria más investigación para sacar conclusiones. La mayoría de las investigaciones al respecto se han centrado en el crecimiento postraumático de las familias de los pacientes oncológicos pediátricos. Los resultados parecen apuntar a que tener un hijo con cáncer puede conducir al crecimiento postraumático de la madre (Behzadi, Rassouli, Mojen, Pourhoseingholi y Karahroudy, 2018). Hungerbuehler, Vollrath y Landolt (2011) estudiaron el crecimiento postraumático en ambos progenitores en un estudio prospectivo y obtuvieron que el 62.7% de los padres informaron de al menos un grado moderado de crecimiento postraumático 3 años después del diagnóstico.

Respecto a los padres de los niños que habían pasado por la UCIP, Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia (2019) encontraron que el 37.1% de ellos informaron de al menos un nivel moderado de crecimiento postraumático 6 meses después de haber finalizado la hospitalización. Además, Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia (2019) encontraron que, en padres de niños críticamente enfermos en la UCIP, la resiliencia subjetiva es un factor protector para la salud mental. Es decir, la percepción que ellos tienen de hacer frente a la adversidad tiene un impacto positivo sobre su salud. Aunque la resiliencia ejerza de factor protector sobre la salud mental de los padres en el ingreso de sus hijos de forma significativa, hay que tener en cuenta que este efecto es indirecto y que se produce en la medida en que los padres perciben estrés en el ingreso de su hijo. En esta misma línea, Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia (2016) analizaron los posibles estresores parentales tras el ingreso del paciente en la UCIP, obteniendo que el factor más estresante es la pérdida del rol parental en el cuidado del niño, coincidiendo así con los estudios de Board y Ryan-Wenger (2002) y de Seideman et al. (1997). Estos resultados son congruentes con los de Shudy et al. (2006), en cuya revisión se observa la identificación del cambio de rol parental cuando se tiene un hijo enfermo como un potente estresor. Teniendo en cuenta el peso que tiene la pérdida del rol parental como estresor, considero que los programas enfocados a intervenir con familiares de pacientes en oncología pediátrica deberían tener en cuenta la pérdida del rol parental y trabajar sobre ella a través de los profesionales sanitarios, con el objetivo de reducir los niveles de estrés y promover así la salud mental de los

familiares. Además, hasta la fecha los programas de intervención centrados en los familiares de pacientes oncológicos pediátricos no tienen en cuenta todos los factores implicados en el desarrollo de la resiliencia y el crecimiento postraumático que pueden ayudarlos. Tampoco tienen en cuenta las diferentes fases de desarrollo de la enfermedad que pueden suponer un factor de riesgo, como el ingreso en la UCIP (Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia, 2016).

3.4 FACTORES IMPLICADOS EN LA RESILIENCIA Y EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

Uno de los aspectos más relevantes en el estudio de la resiliencia y el crecimiento postraumático es la investigación de los factores implicados en su desarrollo.

En primer lugar, cabe destacar que algunos estudios como el Simeon et al. (2007), han demostrado que la resiliencia está influida por factores tanto externos como internos. Se entienden como factores externos los que dependen de la situación, como el grado de exposición al trauma, la severidad de la situación traumática, la ayuda recibida del entorno en el momento del acontecimiento traumático y el origen del suceso traumático. Por factores internos se entienden aquellos que dependen que las características y recursos individuales. Luthar (2006) encontró que una persona puede ser muy resiliente enfrentando una situación, pero no tanto enfrentando otras. Sin embargo, algunos estudios como el de Alonso-Tapia, Nieto y Ruiz (2013) encontraron que la resiliencia tiende a generalizarse entre diferentes contextos gracias a los factores internos. Esto implica que, a la hora de desarrollar un programa para promover la resiliencia, estos son de especial interés, ya que la intervención en los mismos tendría efecto sobre las diversas situaciones traumáticas que se puedan presentar.

Prince-Embury (2007) y Prince-Embury y Saklofske (2013, 2014), encontraron que hay tres constructos de personalidad que están implicados directa o indirectamente con la resiliencia: el sentido de dominio, el sentido de relación y la reactividad emocional. El sentido de dominio hace referencia a la sensación de competencia y eficacia, relacionada con la solución de problemas y las habilidades asociadas a ello; el sentido de relación hace referencia a la forma en la que el individuo se relaciona con el entorno para hacer frente a la situación adversa, y la reactividad emocional hace referencia a la capacidad del individuo para regular sus reacciones emocionales.

De acuerdo a estos autores, cada dominio estaría compuesto por diferentes características, las cuales han sido estudiadas, hallándose relacionadas con una alta resiliencia. Así, el sentido de dominio estaría compuesto por tres características: optimismo (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010; Segovia, Moore, Linnville, Hoyt, y Hain, 2012; Souri y Hasanirad, 2011), autoeficacia (Bender y Ingram, 2018) y adaptabilidad (Meyer et al., 2019; Waugh y Koster, 2015). El sentido

de relación estaría compuesto por la confianza (Bender y Ingram, 2018; Galatzer-Levy y Bonanno, 2013), el confort social (Liu, Wang y Li, 2012; Sarubin et al., 2015), la tolerancia (Genet y Siemer, 2011) y el soporte social percibido. No obstante, hay controversia sobre la capacidad predictora de este último (Alonso-Tapia, Garrido-Hernansaiz, Rodríguez-Rey, Ruiz y Nieto, 2017; Prince-Embury y Courville, 2008).

Por último una reacción emocional muy intensa y una falta de regulación de ella estaría relacionada con una mayor psicopatología (Lee, Won y Jeong, 2019; Min, Yu, Lee y Chae, 2013; Prince-Embury y Courville, 2008). Este constructo estaría compuesto por la sensibilidad, la disfunción y la capacidad de recuperación. Las dos primeras indicarían una falta de regulación emocional y serían indicativos de una menor resiliencia. La capacidad de recuperación hace referencia a la rapidez con la que se retoma el equilibrio tras un evento estresor, por lo que no puede tomarse como predictor ya que se considera que esa es la definición de resiliencia en sí misma (Alonso-Tapia et al., 2017). Estos estudios acerca de los constructos de personalidad de Prince-Embury (2007) y Prince-Embury y Saklofske (2013, 2014) como predictores de la respuesta resiliente son congruentes con los de Alonso-Tapia et al. (2017).

Según Prince-Embury y Courville (2008), existiría una relación directa entre resiliencia, sentido de dominio y sentido de relación y una relación inversa entre resiliencia y reactividad emocional. Por otro lado, el estudio con población adulta de Alonso-Tapia et al. (2017), halló una relación inversa entre resiliencia y sentido de relación, aunque sí encontró una relación directa entre resiliencia y sentido de dominio e inversa entre resiliencia y reactividad emocional, acorde a Prince-Embury y Courville (2008).

Otro predictor de la resiliencia que se ha sometido a estudio ha sido el estilo de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1984) establecieron dos estilos diferentes de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema implica una intención activa por parte de la persona hacia la solución del problema o hacia un aprendizaje a partir de este. Incluye estrategias como planificación, solución de problemas o pensamiento positivo (Alonso-Tapia, Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, Ruiz y Nieto, 2019). Por su parte, el estilo de afrontamiento centrado en la emoción implica un intento de la persona por minimizar o eliminar las emociones negativas ante una situación amenazante o una inclinación por centrarse en las consecuencias negativas que ha tenido esta. Incluye estrategias como la rumiación o la culpa (Alonso-Tapia et al., 2019).

La investigación apunta a que el estilo de afrontamiento centrado en el problema correlaciona positivamente con la resiliencia, mientras que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción correlaciona negativamente con la resiliencia (Alonso-Tapia, Rodríguez-Rey, Garrido-

Hernansaiz, Ruiz y Nieto, 2016; Villasana, Alonso-Tapia y Ruiz, 2016; Alonso-Tapia et al. 2019).En esta misma línea, cabe destacar que los estudios de Rodríguez-Rey et al. (2017) que analizaron la respuesta resiliente en padres y madres de niños ingresados en la UCIP, encontraron que los individuos más resilientes utilizaban estrategias de afrontamiento más adaptativas y percibían el entorno de la UCIP como menos estresante. También experimentaban más emociones positivas y menos negativas.

Respecto a los factores predictores del crecimiento postraumático, hay menos literatura al respecto. Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia (2016) no encontraron un impacto directo de la resiliencia en el crecimiento postraumático. La única variable predictora de crecimiento postraumático que encontraron fue la experimentación de emociones positivas. Estos resultados son congruentes los de Yu et al. (2014). No obstante, el estudio realizado por Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia (2019) señala que la resiliencia subjetiva puede influir en el crecimiento postraumático a través de la medida en la que los padres y madres experimentan emociones positivas durante el ingreso de sus hijos en la UCIP.

Por otro lado, Hungerbuehler, Vollrath y Landolt (2011) encontraron que la calidad de las relaciones familiares es un buen predictor del crecimiento postraumático en padres y madres de niños con cáncer. Este hallazgo es congruente con el de Schroevers, Helgeson, Sanderman y Ranchor (2010) quienes encontraron que el crecimiento postraumático fue mayor en pacientes oncológicos que realmente recibieron más apoyo emocional de familiares y amigos, que en aquellos para los que el apoyo estaba “disponible” pero no llegaron realmente a recibirlo. El apoyo emocional ha sido investigado en otras poblaciones encontrando también una fuerte relación entre este y el crecimiento postraumático (Nenova, 2013; Rzeszutek, Oniszczenko y Firląg-Burkacka, 2017).

Otro de los factores que se ha encontrado como predictor de crecimiento postraumático ha sido la reevaluación positiva del suceso en el proceso de afrontamiento (Barr, 2011; Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006; Sears, Stanton y Danoff-Burg, 2003). En esta línea, Calhoun y Tedeschi (2006) definen dos tipos de rumiaciones: las intrusivas y las deliberadas. Las rumiaciones intrusivas están más cargadas de emociones desagradables y ocurren de forma automática poco después del suceso estresante. Por su parte, las rumiaciones deliberadas tienden a producirse después del evento, son más constructivas e implican buscar algún significado al evento estresante. Partiendo de esta distinción, Nakayama et al. (2017), Ogińska-Bulik y Ciechomska (2016) y Taku, Calhoun, Cann y Tedeschi (2008) encontraron que las rumiaciones deliberadas están positivamente relacionadas con el crecimiento postraumático, especialmente las relacionadas con los cambios positivos en las relaciones con los demás (Ogińska-Bulik y Ciechomska, 2016). También se ha encontrado el optimismo frente a la vida

como variable predictora del crecimiento postraumático (Ho et al., 2011; Jeony Choi, 2016; Milam, 2006).

Por último cabe destacar que se ha encontrado la medida objetiva de la gravedad de la afección del niño como un predictor del futuro crecimiento postraumático en padres de niños ingresados en la UCIP (Colville y Cream, 2009). Estos resultados son congruentes con los de Ryan y Wegner (2002) quienes encontraron que la aportación de información comprensible acerca del estado de gravedad de su hijo ayuda a reducir los niveles de incertidumbre de los padres.

3.5 MODELOS DE INTERVENCIÓN ACTUALES

Tabla 1.

Comparación de los modelos de intervención actuales.

	Fortalezas	Debilidades
Surviving Cancer Competently Intervention Program (SCCIP).	• Reestructura creencias desadaptativas acerca del cáncer y las relaciona con sus emociones, conductas y relaciones familiares. • Se centra en las fortalezas y en el crecimiento de la familia. • Tiene un programa de apoyo entre familias. • Reduce el uso de un estilo de afrontamiento centrado en la emoción. • Mejora la comunicación intrafamiliar.	• No tiene en cuenta situaciones de riesgo como el ingreso en la UCIP. Está centrado en el momento del diagnóstico. • No trabaja posibles factores estresantes como la pérdida del rol parental.
PSST (Problem Solving Skills Training).	• Promueve un estilo de afrontamiento centrado en el problema. • Disminuye el impacto afectivo negativo.	• Únicamente orientado a madres. • No trabaja directamente la regulación emocional. • No trabaja posibles estresores como la pérdida del rol parental. • No diferencia momentos de la enfermedad.

3.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología utilizada en el presente trabajo está basada principalmente en la búsqueda de documentos de carácter científico acerca de la resiliencia y el crecimiento postraumático, así como del impacto del cáncer infantil sobre los pacientes y familiares. Concretamente, se ha utilizado el buscador de la Universidad de Alcalá de Henares, el cual incluye: Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, ÍnDICEs (CSIC) PsycINFO, PunMed y SciELO, entre otras, así como Google Scholar. Para la búsqueda, se usaron los términos*: resiliencia, crecimiento postraumático, familiares, padres, cáncer, UCIP, hospitalización, infantil, pediátrica, predictores e incidencia,* así como su traducción en inglés*: resilience, posttraumatic growth, families, parents, cáncer, PICU, hospitalization, chilhood, pediatric, predictors e incidence.*

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 PRESENTACIÓN

Se propone un programa de intervención para la promoción de la resiliencia y el crecimiento postraumático en cuidadores principales de pacientes oncológicos que se encuentran en ingreso hospitalario. El programa se compone de un total de 10 sesiones a realizar con los cuidadores principales de los niños. Debido a que el contexto de la UCIP resulta más estresante, se propone realizar dos grupos en función de si los niños se encuentran ingresados en la planta general de pediatría o en la UCIP a fin de poder atender mejor a las necesidades de cada uno. Asimismo, se realizará una sesión con los profesionales de la salud que trabajen con los niños ingresados.

Las sesiones serán grupales, de un máximo de 8 participantes para los cuidadores, y de un máximo de 20 participantes para la sesión con los profesionales sanitarios. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 120 minutos.

4.2 OBJETIVOS

Objetivo General:

- Potenciar las variables predictoras de resiliencia y crecimiento postraumático en cuidadores principales de pacientes oncológicos pediátricos que hayan sido ingresados en el hospital.

Objetivos específicos:

- Potenciarlos factores de protección para el desarrollo de la respuesta de resiliencia y disminuir los factores de riesgo basados en los tres constructos de personalidad de Prince-Embury (2007) y Prince-Embury y Saklofske (2013, 2014), siendo el sentido de dominio (optimismo, autoeficacia y adaptabilidad) y el sentido de relación (confianza, soporte social, el confort social y tolerancia a las diferencias) factores protectores, y la reactividad emocional (sensibilidad emocional y el nivel de afectación) un factor de riesgo.
- Fomentar una estrategia de afrontamiento centrada en el problema y no en la emoción, puesto que el primero constituye un factor protector en el desarrollo de la resiliencia y el segundo es un predictor de la respuesta no resiliente (Alonso-Tapia et al., 2016; Alonso-Tapia et al. 2019; Villasana et al., 2016).
- Fomentar las variables predictoras del crecimiento postraumático: experimentación de emociones positivas (Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia , 2016; Yu et al., 2014), apoyo emocional recibido por familiares y amigos (Hungerbuehler et al., 2011; Schroevers et al., 2010), reevaluación positiva del suceso (Barr, 2011; Helgeson et al., 2006; Sears et al., 2003), optimismo frente a la vida (Ho et al., 2011; Jeon y Choi, 2016; Milam, 2006) y conciencia acerca de la gravedad de afección del niño (Colville y Cream, 2009).
- Disminuir la pérdida del rol parental puesto que constituye uno de los principales estresores para los familiares siendo una variable mediadora para la resiliencia subjetiva (Rodríguez-Rey et al., 2017).

4.3 CONTEXTO DONDE SE ENCUENTRA

Las sesiones se llevarán a cabo dentro del centro hospitalario. La elección de este contexto tiene la finalidad de facilitar la asistencia de los cuidadores del niño a las sesiones, evitando desplazamientos. Además de esta manera se favorece un clima de colaboración con el personal sanitario, mostrando disponibilidad para cualquier consulta o problema que se pudiera presentar y que resultara relevante para los objetivos del programa o para el bienestar de los pacientes que participan en él.

4.4 METODOLOGÍA

Las sesiones se llevarán a cabo con cuidadores principales del niño (padres, madres, abuelos/as, etc.). También se realizará una sesión con los profesionales de la salud que trabajan con los pacientes oncológicos pediátricos ingresados (personal de enfermería,

celadores/as, auxiliares de enfermería y profesional médico). Se establecen los siguientes criterios de participación:

- Criterios de inclusión: ser cuidador principal del niño ingresado o personal sanitario que trabaja en la unidad de oncología pediátrica (se considera niño a la persona que tiene entre 0 y 12 años). El periodo de ingreso debe ser de mínimo una semana, o ser el segundo ingreso de al menos 5 días en los últimos 30 días. Edad de los participantes: de 18 años en adelante. Cabe señalar que los participantes continuarán en el programa aunque se dé el alta hospitalaria del niño.
- Criterios de exclusión: personas con un diagnóstico que curse con deterioro cognitivo de moderado a grave.

Para la realización del programa, se realizarán dos grupos en los que se asignará a los pacientes de forma aleatoria. El primer grupo será el grupo de estudio, mientras que el segundo grupo pasará a lista de espera. Una vez asignados los grupos de estudio y en lista de espera, se dividirá el grupo de estudio en dos, en función de si el paciente pediátrico se encuentra ingresado en la planta de pediatría general o en la UCIP, obteniendo de este modo dos grupos de estudio y un grupo de control. Los grupos de estudio se dividirán de tal modo que haya un máximo de 8 participantes por sesión.

El programa está compuesto por 4 fases: preevaluación, intervención, postevaluación y seguimiento. La preevaluación se realizará a la vez en los tres grupos. Se evaluará crecimiento postraumático, personalidad resiliente, respuesta resiliente y niveles de depresión. Los pacientes que presenten depresión de moderada a severa (X > 26 en la escala de depresión BDI, especificada más adelante) serán derivados a otro especialista, pero no serán excluidos del programa por cuestiones éticas.

Tras la intervención, se realizará una evaluación en los tres grupos, midiendo factores de personalidad resiliente, respuesta resiliente y crecimiento postraumático. Esta evaluación se repite a los tres meses. Tras la última evaluación, se realiza la intervención en el grupo en lista de espera.

Respecto a la sesión con el personal hospitalario, se aclarará el carácter voluntario de su participación, pidiendo que ésta sea la máxima posible para aumentar la efectividad del programa. Además, si el número de participantes es elevado, se dividirán en grupos de máximo 20 personas, para facilitar el trabajo con ellos. Cabe señalar que la evaluación al personal sanitario no se realizará puesto que el objetivo del programa es promover la resiliencia y el crecimiento postraumático en los cuidadores principales de los pacientes oncológicos pediátricos, siendo la intervención con los profesionales sanitarios un medio para promoverlo.

Respecto a los recursos necesarios para llevar a cabo el programa, será necesario un psicólogo para un ratio de 40 pacientes. Para las sesiones con los cuidadores será necesario disponer de una sala con capacidad suficiente para 9 personas con sillas y mesas, folios de DIN A3 y DIN A4, bolígrafos y una pizarra. Respecto a material psicológico, se utilizará para las sesiones el material adjunto (Anexos 1-6), así como los test psicológicos descritos en el apartado de evaluación, algunos de ellos también adjuntos (Anexos 7-9). Para la sesión con el personal sanitario será necesario disponer de una sala con una capacidad para 20 personas aproximadamente, con sillas y un proyector.

4.5 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA POR SESIONES

Sesiones con los cuidadores principales

1ª Sesión

Objetivos: presentación del programa. Fomentar un ambiente de interacción y de confianza. Fomentar la confianza social y el confort social.

En primer lugar se hará una breve presentación por parte del terapeuta así como de cada uno de los miembros del grupo. Tras ello, se establecen dos principios básicos de la terapia de grupo:

1. Principio de confidencialidad. Todos los miembros del grupo deben aceptar y respetar el carácter de confidencialidad de la información personal de los componentes del grupo.
2. Principio de no juicio. Todos los miembros del grupo se comprometen a no juzgar al resto.

Actividad 1: aprendiendo a confiar

El terapeuta pide a los pacientes que se coloquen por parejas, situándose uno delante del otro de espaldas. La persona situada delante debe cerrar los ojos y dejarse caer mientras la otra persona debe situarse justo detrás y sujetarlo antes de que caiga al suelo. El ejercicio debe repetirse cambiando los roles. Tras la realización del ejercicio el terapeuta abrirá un debate común en el que se traten los siguientes temas:

- Sentimientos y pensamientos que han experimentado antes de dejarse caer y después.
- Cada participante debe explicar lo que significa para él la confianza.
- Ventajas y desventajas de brindar confianza en los demás.

Actividad 2: identificando círculos de intimidad

El terapeuta mostrará en un papel unos círculos circunscritos (disponibles en el Anexo 1) ordenados de menor a mayor, y explicará que cada uno representa un nivel de intimidad. El círculo más pequeño representa el nivel de mayor intimidad donde se enmarcaría aquello que

solo compartimos con nosotros mismos. En el segundo, un poco más amplio, entrarían las cosas que compartimos con las personas con las que tenemos un grado muy alto de intimidad, etc.

Después, cada participante debe crear sus propios círculos de intimidad con las personas que forman parte de cada círculo y pensar y anotar qué nivel de intimidad comparte con ellas. Resulta importante indicar a los pacientes que identifiquen el entorno de terapia en algún círculo, para valorar el grado de confianza que tienen en el grupo.

Una vez realizado, los pacientes pondrán en común el grado de satisfacción que presenta cada uno con sus círculos de confianza y el terapeuta valorará si algún participante tiene alguna carencia. De ser así, los participantes buscarán alternativas para solventarla con ayuda del terapeuta.

Actividad 3: participando en actividades sociales.

El terapeuta explicará los beneficios y la importancia de realizar actividades sociales en las que nos sintamos cómodos y recordará a los pacientes que acudir al programa también es una actividad socializadora, reforzándoles por participar. Después, cada participante expondrá las actividades sociales en las que participa (salir con amigos, actividades deportivas, etc.). Si algún paciente manifiesta tener carencias en la realización de actividades o se observan por parte del terapeuta, se le anima a realizar alguna que le interese y compartir con el grupo su experiencia. Para ello, se puede realizar una lista con las ventajas e inconvenientes que tendría intentar participar en ella.

- ✓ Tarea para casa: identificar alguna situación en la que se haya confiado en alguien y otra en la que no se haya hecho, junto con las razones y las consecuencias de ambas actuaciones.

2ª Sesión

Objetivos: promover la tolerancia a las diferencias a través de la flexibilización del pensamiento y el ejercicio de la asertividad.

Actividad 1: identificando otros puntos de vista.

En primer lugar el terapeuta explicará la diversidad de interpretaciones que pueden darse ante una misma situación, utilizando el siguiente ejemplo:

"En una clase hay dos alumnos. Uno está acostumbrado a sacar sobresalientes y el otro suficientes. Hacen un examen y ambos sacan un siete. El primero considera que ha sido una mala nota y el segundo que ha sido una buena nota. ¿Quién de los dos lleva la razón?"

Se abre un debate guiado por el terapeuta en relación a la situación planteada. El terapeuta promoverá que los pacientes aporten más ejemplos al respecto. Finalmente, el grupo deberá

concluir, guiado por el terapeuta, que cada persona tiene su percepción acerca de las situaciones.

Actividad 2: identificando conductas asertivas.

El terapeuta explicará el derecho que cada persona tiene a exponer su punto de vista, respetando siempre los derechos de los demás. Después expondrá las diferencias entre la conducta asertiva, sumisa y agresiva. Una vez explicadas estas conductas, los pacientes las ensayarán mediante *role-playing* para que aprendan a diferenciarlas. Para finalizar, los miembros del grupo tendrán que debatir las ventajas y desventajas de cada respuesta, así como identificar la respuesta más adaptativa para cada situación.

Actividad 3: practicando asertividad.

El terapeuta proporcionará una lista con los derechos asertivos y los explicará en sesión. Los pacientes deberán identificar aquellos derechos que les cuesta más defender, exponiendo los motivos para trabajarlos en sesión. Después el terapeuta explicará algunas técnicas asertivas Smith (1987), ilustrándolas con ejemplos (disponibles en el Anexo 2). Una vez aprendidas, se realizará un *role-playing* representando diferentes situaciones relacionadas con el contexto hospitalario (disponible en el Anexo 3) para poner en práctica las habilidades asertivas aprendidas.

- ✓ Tarea para casa: identificar una situación cotidiana en la que haya observado que uno mismo u otra persona ha respondido de forma sumisa, asertiva y agresiva. Poner en práctica las técnicas asertivas aprendidas en sesión en las situaciones que presentaban resistencias.

3ª Sesión

Objetivos: disminuir la sensibilidad emocional a través de la comprensión del ABC y de la puesta en práctica de ejercicios de respiración.

Actividad 1: comprendiendo el ABC.

El terapeuta explicará el ABC de Ellis (1962). Para ello utilizará el ejemplo de la actividad 1 de la 2ª sesión (ejemplo de los alumnos que sacaban la misma nota). El terapeuta realizará una tabla en la que diferenciará Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta, explicando el papel que tiene la interpretación de la situación en la generación de emociones y conductas. Después el terapeuta solicitará a los pacientes que piensen en una situación e identifiquen pensamientos, emociones y conductas y la escriban en un papel. Es importante que el terapeuta pida a los participantes que escriban la situación centrada en la parte superior del folio, y el pensamiento, emoción y conducta debajo, en una misma fila. Una vez escritos, doblarán la parte superior del folio dos veces (de tal modo que se pueda leer la situación pero

no el resto del contenido) y pasarán el folio a un compañero. De nuevo escribirán los pensamientos, emociones y conductas que tendrían ante la situación que les ha llegado, doblarán el folio y se lo pasarán a otro compañero. Se realizarán varios intercambios para tener más variedad de interpretaciones ante una misma situación. Al final, el terapeuta leerá en voz alta el contenido de cada folio y abrirá una reflexión grupal acerca del poder que tienen los pensamientos en la regulación de las emociones.

Actividad 2: identificando emociones.

El terapeuta proporcionará a los pacientes un listado con las emociones humanas y su descripción (Núñez y Valcárcel, 2013), disponibles en el Anexo 4. Los pacientes irán leyendo en voz alta las diferentes emociones y anotarán al lado de cada una de ellas una situación en la que la hayan sentido.

Actividad 3: entrenando en respiración.

Consistirá en entrenar a los pacientes en respiración completa (Labrador, 2008). Para comenzar, el terapeuta explicará la utilidad que tiene este tipo de respiración. Después les pedirá a los pacientes que se pongan cómodos en una silla y pongan una mano en el abdomen y la otra en el estómago. Tienen que imaginar su torso dividido en tres zonas: la zona baja del abdomen, la zona media y la zona superior. Primero se les pide que al inspirar intenten que se hinche la parte baja del abdomen, donde tienen situada una de las manos. Cuando hayan dominado esta parte, se les pide que al inspirar llenen la zona baja y zona media. Por último, se les pide que al inspirar llenen las tres partes en su totalidad. Es importante recordar que inspiren por la nariz y expiren por la boca.

- ✓ Tareas para casa: realizar autorregistros, diferenciando Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta. Practicar la respiración completa en diferentes momentos del día.

4ª Sesión

Objetivos: disminuir la sensibilidad emocional y el nivel de afectación, a través de la reestructuración cognitiva y de la relajación muscular.

Actividad 1: aprendiendo a reestructurar.

Partiendo de los autorregistros realizados en casa, el terapeuta enseñará a los pacientes a reestructurar los pensamientos a través de la técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Social de Bas y Andrés (1994).

En primer lugar, es importante recordar a los pacientes cómo los pensamientos generan emociones y la utilidad de cambiar los pensamientos que nos generan emociones y consecuencias negativas, por otros que nos generen emociones y consecuencias más positivas.

Para explicar la reestructuración, se identificarán los pensamientos desadaptativos que causan emociones negativas a partir de los autorregistros que han realizado los pacientes en casa. Una vez identificados, el terapeuta explicará el proceso de reestructuración, siguiendo los siguientes pasos:

1. Buscamos hechos a favor de que ese pensamiento es real.
2. Buscamos hechos en contra.
3. Buscamos consecuencias positivas y negativas de mantener ese pensamiento.
4. Buscamos consecuencias positivas y negativas de cambiar ese pensamiento por otro más adaptativo.
5. Buscamos un pensamiento alternativo más adaptativo.
6. Buscamos hechos a favor y en contra de ese pensamiento.

Tras explicar los pasos a seguir en la reestructuración, cada paciente deberá poner la técnica en práctica en la sesión sobre un pensamiento desadaptativo propio, recibiendo ayuda del terapeuta.

Actividad 2: entrenando la práctica de la relajación.

El terapeuta explicará a los pacientes cómo la relajación puede ayudar a disminuir la activación fisiológica producida por algunas emociones, y les instruirá en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938). La técnica consiste en ejercicios sistemáticos de tensión/distensión de los músculos, permitiéndonos diferenciar entre la sensación de tensión y la de relajación profunda. Se trabajarán principalmente cuatro grupos musculares:

1. Músculos de la mano, antebrazo y bíceps.
2. Músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros.
3. Músculos del tórax, región del estómago y región lumbar.
4. Músculos de los muslos y las pantorrillas.

- ✓ Tarea para casa: practicar la reestructuración cognitiva con nuevos pensamientos. Practicar la relajación muscular en diferentes lugares y momentos.

5ª Sesión

Objetivos: fomentar el estilo de afrontamiento centrado en el problema, promoviendo el pensamiento positivo y entrenando al paciente en estrategias de planificación y solución de problemas.

Actividad 1: orientándonos positivamente frente al problema.

El terapeuta explicará a los pacientes las estrategias que podemos seguir para orientarnos positivamente hacia el problema, entrenando al paciente para lograr una actitud positiva

(verse capaz de resolverlo) frente a una negativa (verse incapaz de resolverlo). Para lograr tener una actitud positiva hacia el problema, se seguirán los siguientes pasos:

1. Normalizar el problema.

   Consiste en naturalizar la existencia de problemas a lo largo de la vida. El terapeuta pedirá a los pacientes que piensen en una persona que conozcan todos los asistentes (un personaje público), que consideren que tiene muy pocos problemas o ninguno. Una vez identificada, se buscarán conjuntamente posibles problemas que pueda tener. Al final, los pacientes guiados por el terapeuta, concluirán que los problemas forman parte de la vida de todas las personas.

2. Descartar la existencia de una solución perfecta.

   El terapeuta explicará que no existe la solución perfecta para cada problema apoyándose en las siguientes razones:

   -La idea de perfección es relativa y significa cosas diferentes para cada uno (recordar el ABC trabajado en las sesiones anteriores).

   -La búsqueda de la perfección implica una pulida corrección de errores, por lo que siempre encontraremos algo que nos parezca mejorable.

   Tras debatir estas ideas, el terapeuta explicará el sentido desadaptativo de la búsqueda de la perfección. Para ello puede ponerse como ejemplo un coche que se encuentra en una rotonda y está buscando la salida perfecta. Como en todas encuentra ventajas y desventajas, nunca toma la decisión de elegir una y se queda eternamente dando vueltas. El objetivo de este ejemplo consiste en explicar cómo la búsqueda de la perfección en muchas ocasiones nos bloquea.

3. Rememoración de problemas pasados que parecían difíciles de resolver y que acabaron solventados.

   El terapeuta pedirá a los pacientes que cierren los ojos y piensen en un problema difícil que resolvieron en el pasado. Tienen que rememorar cómo se sentían, qué pensaban, las expectativas que tenía, etc. Después les pedirá que rememoren cómo lo resolvieron, las ventajas y desventajas de la decisión que tomaron y cómo se sintieron. Una vez acabado el ejercicio individual, cada uno expondrá su experiencia.

   Después se realizará un ejercicio de reflexión común guiado por el terapeuta, en el que se concluye que a pesar de las dificultades que percibían, han demostrado ser solventes resolviendo problemas, por lo que no hay razones para pensar que no lo serán en el futuro.

4. Comprensión del poder adaptativo de la orientación positiva hacia el problema.

   El terapeuta, junto con los pacientes, elaborará un listado con los posibles pensamientos que puede experimentar una persona cuando se le plantea un problema, acerca de su

capacidad de resolverlo y de las predicciones que hace de él. Algunos ejemplos serían "no voy a ser capaz", "las cosas se torcerán más", "es difícil, pero tengo que intentarlo", "puede salir bien".

Después de realizar el listado, el terapeuta realizará una tabla diferenciando pensamientos que nos dirigen a buscar soluciones y a resolver el problema y pensamientos que nos bloquean. Los pacientes deberán clasificar los pensamientos del listado en la tabla. Es importante que el terapeuta aclare que no tenemos la capacidad para adivinar el futuro y saber si tendremos éxito, pero sí tenemos la capacidad para elegir los pensamientos y la actitud que nos puede conducir más fácilmente a afrontar el problema, resultando más adaptativos y aumentando nuestras probabilidades de éxito.

Actividad 2: resolviendo problemas.

Una vez que los pacientes han entendido cuál es la orientación más adaptativa hacia el problema, el terapeuta explicará cuáles son los pasos en la resolución de un problema. Para ello se utilizará un ejemplo sobre el que trabajar proporcionado por los pacientes y se seguirán los siguientes pasos:

1) Definición y formulación del problema.

   Consiste en definir cuál es el problema y qué queremos conseguir. Para definir el problema y la meta es necesario identificar qué cosas podemos modificar o están a nuestro alcance y cuáles no. Para ello realizaremos una tabla con dos columnas, en un lado pondremos los aspectos relacionados con el problema que podemos cambiar (por ejemplo: nuestras habilidades, actitudes, búsqueda de recursos, etc.) y en el otro las que no podemos modificar porque no están en nuestra mano (acciones de los demás, temperamentos, etc.).

   Una vez definido el problema y qué podemos modificar, definimos la meta que queremos alcanzar y la dividimos en submetas.

2) Generación de alternativas de solución.

   Consiste en realizar lluvia de ideas y aportar alternativas para alcanzar la meta y las submetas. Todos los miembros del grupo deben participar aportando ideas.

3) Toma de decisiones.

   Se valoran los pros y los contras para cada alternativa, así como las posibles dificultades que puedan surgir en la puesta en marcha. Una vez valoradas todas las opciones, se elige la más conveniente. Cuando se ha elegido la opción, se planifican y detallan los pasos a seguir.

4) Puesta en marcha y valoración de los resultados.

   El terapeuta explicará a los pacientes que después de estos pasos, habría que poner en marcha la alternativa elegida. Una vez se ha llevado a cabo, se valorarán los resultados

obtenidos a corto y a largo plazo, así como en qué medida se ha logrado alcanzar la meta y el nivel de satisfacción con los resultados obtenidos.

Es importante recordar que no siempre se alcanzan las metas, y que cuando esto ocurre conviene revisar los pasos que hemos dado para identificar los errores y aprender de ellos.

- ✓ Tarea para casa: identificar un problema que tengan que resolver y hacerlo siguiendo los pasos que se han aprendido en sesión. Registrar los pensamientos positivos que han experimentado al afrontar el problema y las consecuencias positivas de hacerlo.

6ª Sesión

Objetivos: aumentar la autoeficacia y la adaptabilidad.

Actividad 1: tomando conciencia de las habilidades que poseemos.

El terapeuta pedirá a los pacientes que escriban en una tarjeta su nombre y las habilidades que consideran que tienen. Las tarjetas pasarán por todos los miembros del grupo, permitiendo a los demás que puedan añadir habilidades que consideran que tiene esa persona. Una vez hayan pasado todas las tarjetas por todos los componentes del grupo, cada uno recuperará la suya y leerá las habilidades que había escrito y las que sus compañeros le han añadido. Después de que hayan leído y valorado sus habilidades, se realizará una reflexión grupal guiada por el terapeuta acerca que las capacidades y habilidades que a veces poseemos pero que no somos capaces de valorar.

Actividad 2: poniendo en práctica nuestras habilidades.

Para la segunda parte de esta actividad, el terapeuta pedirá a los pacientes que piensen cómo las habilidades que poseen les ayudan en su día a día (en el desempeño de su profesión, en su familia, etc.) y exponerlo. Después el terapeuta le proporcionará a cada paciente una tarjeta en la que le plantea una situación diferente (disponible en el Anexo 5). Cada uno escribirá en un papel cómo se adaptaría a esa nueva situación y la resolvería con las habilidades que posee o cómo adquiriría habilidades nuevas a partir de las que tiene .Las tarjetas irán rotando para que todos tengan que hacer frente a las diferentes problemáticas. Al finalizar, los pacientes pondrán en común cómo de eficaces se perciben para enfrentar situaciones nuevas.

Para finalizar, cada paciente expondrá un problema actual que le esté siendo difícil afrontar y entre todos tendrán que identificar las habilidades que puede utilizar para resolverlo y las que tendría que desarrollar siguiendo un plan de acción a partir de las habilidades que tiene.

- ✓ Tarea para casa: poner en práctica el plan de acción diseñado en terapia, para desarrollar las habilidades que necesita para resolver el problema actual.

7ª Sesión

Objetivos: fomentar la experimentación de emocione positivas.

Actividad 1: generando emociones positivas.

El terapeuta proporcionará un folio de DIN A3 a los pacientes en el que deberán dibujar una línea vital e ir anotando logros y situaciones que les hayan evocado emociones positivas. Una vez realizado, se compartirá en el grupo para revivir las emociones positivas. Después deberán escribir estas vivencias en tarjetas y meterlas en una caja. La funcionalidad de este ejercicio consiste en que cada vez que experimenten emociones negativas, acudan a la caja y lean una de las tarjetas a fin de rememorar ese logro o esa situación con emocionalidad.

Por último, partiendo de las situaciones identificadas, cada paciente buscará con ayuda del terapeuta una forma de trasladarlas al presente que les permita experimentar nuevas emociones positivas. Por ejemplo, si antes me sentía feliz cuando jugaba con mi hijo en el parque, ahora intentaré llevarle algún juguete al hospital y jugar con él allí; si me sentía alegre cuando salía a cenar con amigos, un día de la semana me daré ese permiso, etc.

Actividad 2: practicando la gratitud.

Entre todos los componentes del grupo se elaborará el "árbol de la gratitud". El terapeuta dibujará un árbol e irá escribiendo en las ramas las razones que irán aportando los pacientes por las que estar agradecido. Por ejemplo, por haber conocido a alguien, por haber vivido algo, etc. Al final de la sesión, los pacientes harán una breve valoración de su vida.

- ✓ Tarea para casa: realizar un autorregistro de las emociones positivas que se experimenten a lo largo de la semana. Es importante recalcar que esta vez las situaciones y pensamientos que nos evoquen emociones negativas no se registrarán.

8ª Sesión

Objetivos: disminuir rumiaciones y sentimientos de culpa.

Actividad 1: aprendiendo a ser comprensivos con nosotros mismos.

El terapeuta solicitará a los pacientes que cierren los ojos mientras expone el siguiente ejemplo:

"Estás en clase de piano y fallas algunas notas. Se acerca el profesor y te dice que eres un inútil y que nunca vas a aprender a tocar bien el piano. Para hacerlo así mejor que lo dejes".

A continuación, cada paciente expresará cómo se ha sentido, los pensamientos que ha tenido y las consecuencias que derivarían de ello (nivel de motivación, si continuaría acudiendo a las clases de piano, etc.). Después, el terapeuta pedirá de nuevo a los pacientes que cierren los ojos, y expondrá el siguiente ejemplo:

"Estás en clase de piano y fallas algunas notas. Se acerca el profesor y te dice felicita por esforzarte y por intentarlo. Te señala los fallos que has cometido y te anima a repetirlo para intentar reducirlos. Te dice que si sigues practicando algún día aprenderás a tocar el instrumento bastante bien".

Se sigue el mismo proceso que en el ejemplo anterior, expresando emociones, sentimientos, etc. Para finalizar, se pedirá a los pacientes que piensen qué profesor les gustaría tener y después qué profesor están siendo consigo mismos. A raíz de este debate, el terapeuta les animará a ser más comprensivos consigo mismos y a reducir la autoculpa y el autocastigo así como a aprender a autorreforzarse.

Actividad 2: aprendiendo a responsabilizarnos sin culparnos.

Consiste en poner en marcha la técnica de reatribución de responsabilidad (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012). El terapeuta solicitará a cada paciente que piense en una situación en la que se sienta culpable. Una vez identificada, cada paciente realizará un listado con todos los posibles elementos implicados en la generación de esa situación (externos, internos, sociales, etc.) asignándole un porcentaje de responsabilidad a cada elemento. Después el terapeuta pedirá a los pacientes que expongan su situación junto a los elementos que ha identificado y el porcentaje que ha asignado a cada uno. Los demás pacientes y el terapeuta podrán aportar nuevos elementos que el paciente no haya identificado. Una vez que todos hayan expuesto su situación, cada paciente elaborará un diagrama circular representando los porcentajes de responsabilidad de cada elemento implicado, observando la proporción real de responsabilidad que tiene respecto al problema. Tras la realización de esta actividad, se realizará un debate guiado por el terapeuta acerca de la frecuencia con la que nos atribuimos más responsabilidad sobre algunas cuestiones de la que realmente tenemos.

Actividad 3: liberándonos de los pensamientos obsesivos.

El terapeuta enseñará a los pacientes a identificar rumiaciones, explicando que son pensamientos desagradables que nos vienen a la cabeza y de los que nos es muy difícil deshacernos, señalando el carácter desadaptativo de estos. Es importante debatir dentro del grupo la utilidad de las rumiaciones puesto que hay pacientes que pueden considerarlas como tal. Algunas ideas desadaptativas acerca de la utilidad de las rumiaciones pueden ser:

- Preocuparte te ayuda a resolver problemas
- Preocuparte te prepara para lo peor
- Preocuparte te motiva para enfrentarte a la situación

Es necesario explicar que esas rumiaciones se disparan con mayor facilidad cuando nos sentimos ansiosos, tristes o angustiados. Una vez se han identificado las rumiaciones, se

instruye a los participantes en la utilización de la técnica de parada de pensamiento (Labrador, 2008). Se dan instrucciones a los pacientes de verbalizar la palabra "Stop" ante la aparición de rumiaciones, con la intención de detener el pensamiento. El terapeuta sugerirá que tras ello, realicen alguna actividad que les distraiga o intenten visualizar alguna imagen que les resulte agradable.

- ✓ Tareas para casa: identificar momentos del día en el que tienen sentimientos de culpa y disminuirlos utilizando el ejercicio de reatribución de la responsabilidad. Poner en práctica la técnica de parada del pensamiento ante las rumiaciones que puedan experimentar.

9ª Sesión

Objetivos: aprender a realizar una reevaluación positiva acerca de los cambios y fomentar el optimismo frente a la vida.

Actividad 1: identificando cambios positivos.

El terapeuta repartirá un folio a cada paciente que tendrá que doblar a modo de tarjeta. Antes de comenzar la sesión explicará que muchas veces cuando las personas afrontamos situaciones difíciles desarrollamos nuevas habilidades y cambia nuestra forma de relacionarnos y de ver el mundo, de tal modo que la sesión consistirá en identificar qué cambios se han dado en uno mismo al afrontar esta nueva situación.

El primer aspecto sobre el que se va a reflexionar es el cambio en sus preferencias. En la primera cara de la tarjeta los pacientes tendrán que hacer un listado con el orden de sus preferencias antes del diagnóstico. Después, escribirá su orden de preferencias actual. Para finalizar, se pondrán en común los cambios observados, valorando los cambios positivos que se han dado (por ejemplo, antes valoraba más tener éxito en el trabajo y no tanto el ocio en familia, pero ahora las cosas han cambiado, lo que me ha permitido pasar más tiempo con mi familia).

El segundo aspecto sobre el que reflexionar son los cambios en las relaciones con los demás. Para ello se pondrá en común cómo perciben ellos que se han modificando sus relaciones con los demás, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La cercanía de los demás.
- La calidad de las relaciones: confianza, complicidad, etc.
- El valor que le da el paciente a las relaciones con los demás (si ahora valora más la amistad, el amor, etc.).
- El nivel de intimidad de la información y los sentimientos que comparte con los demás.

Cada paciente deberá escribir en la segunda cara de la tarjeta los cambios que ha experimentado a nivel personal en sus relaciones con los otros. Después, cada uno pondrá sus reflexiones en común, valorando esos cambios.

El tercer y último aspecto sobre el que reflexionar son los cambios acerca de uno mismo (fortalezas, habilidades nuevas que haya desarrollado, etc.). Primero, cada paciente escribirá en la tercera cara los cambios positivos que ha experimentado en sí mismo. Después se realizará una puesta en común, de tal modo que entre ellos puedan validarse y sugerir otros cambios que puedan haber experimentado pero que no hayan identificado.

Actividad 2: aprendiendo a ser optimistas.

El terapeuta pedirá a los pacientes que identifiquen miedos o pensamientos negativos que suelan experimentar (por ejemplo," no soy capaz de proteger a mi hijo de esto", "tengo miedo de que la situación no mejore", etc.). Una vez identificados se pondrán en común y se cambiarán por otros más adaptativos (por ejemplo, "no tengo poder sobre todo, pero voy a hacer todo lo posible para que mi hijo este bien", "no puedo adivinar el futuro y ver si la situación va a mejorar o a empeorar, pero voy a tener una buena actitud para favorecer que las cosas salgan bien, confío en mi").

Una vez se hayan identificado, cada paciente se escribirá una carta a sí mismo, aportando una visión adaptativa de sus pensamientos y reforzándose por todo lo que está haciendo. Se recomendará a cada paciente llevar la carta siempre encima y leerla en momentos de malestar emocional.

- ✓ Tarea para casa: identificar más cambios positivos que se estén dando y que no haya identificado en sesión.

10ª Sesión

Objetivos: aumentar la percepción y el uso de la red social de apoyo.

Actividad 1: apoyándonos en los demás.

Para la realización de esta actividad, se simulará un concurso en sesión. El terapeuta elegirá a dos pacientes y les realizará preguntas sobre diversos temas: cultura, deportes, ciencia, etc. (disponibles en el Anexo 6). En este concurso, cuando alguien falla gana a un compañero que entra en su equipo para ayudarle, de tal forma que cuanto más falla una persona, más crece el grupo, y cuanto más crece el grupo, más disminuyen las probabilidades de que cometan fallos. Después de realizar la dinámica se realizará una reflexión guiada por el terapeuta acerca de cómo el apoyo de los demás y el trabajo en equipo nos ayuda a enfrentar dificultades y a resolver problemas. Siguiendo esta línea, el terapeuta explicará la importancia de tener una red social de apoyo así como de usar nuestra red y pedir ayuda.

Actividad 2: conociendo nuestra red social de apoyo.

El terapeuta repartirá un papel de DIN-A3 a cada paciente y les pedirá que realicen un árbol de su red social de apoyo. Se explicará que funciona como un árbol genealógico, pero esta vez entrarán en el las personas de las que sienten que reciben ayuda y apoyo emocional. Las ramas pueden representar diferentes ámbitos de su vida (familiar, laboral, compañeros de estudios, etc.). Debajo del nombre de cada uno deben escribir alguna habilidad suya que les ayude y un momento de su vida en el que se hayan sentido apoyados por esa persona. Por ejemplo: "María. Siempre me escucha sin juzgarme. Me sacó una sonrisa cuando me echaron del trabajo."Una vez creado, cada paciente elaborará una lista con las necesidades de apoyo emocional que presenta ahora mismo e identificará a las personas del árbol que pueden ayudarle con esas necesidades. Al final, se animará a los pacientes a identificar sus necesidades emocionales y buscar ayuda guiándose por el árbol.

Despedida y cierre de programa.

Antes de cerrar el programa, el terapeuta realizará un repaso de los contenidos trabajados a lo largo de las sesiones y animará al grupo a seguir en contacto si sienten que pueden seguir ayudándose entre ellos. Al final, cada uno expondrá delante del resto qué aspectos del grupo y de la terapia le han ayudado y hará una reflexión acerca de cómo percibía las dificultades antes y después de la terapia.

Sesión con el personal sanitario

Objetivos: colaborar con los profesionales sanitarios con el objetivo de promover el rol parental en los cuidadores del niño, así como disminuir la discrepancia entre la gravedad de la afección percibida por los cuidadores y la gravedad real.

En la primera parte de la sesión el terapeuta expondrá la importancia y los beneficios de mantener el rol parental. Después se acordará con el personal sanitario medidas que se pueden tomar para que éste se mantenga en el mayor grado posible. Algunas sugerencias son:

- Delegar algunos cuidados a los cuidadores del niño: que le den de comer, le arropen, le ayuden en la ducha, etc.
- Si el niño llora o muestra miedo por algún procedimiento médico, dejar a los cuidadores un espacio para que puedan ayudarlo o consolarlo.
- Permitir a los cuidadores que se encuentren presentes en los procedimientos en los que sea posible, especialmente si causan un fuerte malestar físico o emocional en el niño.

Es importante señalar que el objetivo no es obligar a los cuidadores a realizar estas tareas, sino invitarles a que participen. También es importante que los profesionales sanitarios busquen

momentos en los que puedan reforzar a los cuidadores cuando ejerzan este rol parental, por ejemplo: “que bien te está cuidando mamá, que suerte tienes”.

Para finalizar la sesión, se hablará también con el personal sanitario sobre la importancia de que los familiares tengan un conocimiento realista acerca de la gravedad objetiva de la afección del niño, para que puedan ajustar sus expectativas. Para ello se identificará al personal encargado de ofrecer esta información (que suele ser el personal médico) y se le pedirá que ofrezca información precisa acerca del estado de salud del niño usando un lenguaje comprensible y adecuado para ellos. Se trabajará mediante *role-playing,* ensayando tanto la adecuada ejecución de las habilidades de comunicación como la importancia de comprobar la adecuada comprensión por parte de los familiares.

4.6 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Para la evaluación de los resultados, se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Resiliency Questionnaire for Adults (RQA; Alonso-Tapia, Garrido-Hernansaiz, Rodríguez-Rey, Ruiz y Nieto, 2017). Este cuestionario (disponible en el Anexo 7) es una adaptación de las Resiliency Scales for Adolescents desarrolladas por Prince-Embury (2007).Mide los atributos de la persona que favorecen la respuesta resiliente. Cuenta con 36 items, la mitad redactados en lenguaje positivo y la otra mitad en lenguaje negativo. Evalúan nueve características: optimismo, autoeficacia, adaptabilidad, confianza social, apoyo social, comodidad social, sensibilidad y nivel de afectación. Estas características engloban tres factores generales: sensación de dominio, sensación de relación y reactividad emocional. Los ítems se responden en una escala Likert de 5 puntos que mide el grado de acuerdo, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. La fiabilidad del cuestionario en la validación española fue alta para los tres factores: sensación de dominio (ω =.98), sensación de relación (ω=.96) y reactividad emocional (ω=.97).
- Inventario de crecimiento postraumático (PTGI) de Calhoun y Tedeschi(1996, 2006). Se utilizará la adaptación al castellano de Weiss y Berger (2006).Este cuestionario (disponible en el Anexo 8) evalúa la percepción que tiene la persona de los beneficios obtenidos ante un acontecimiento traumático. Consta de 21 ítems que engloban 5 dimensiones: Factor 1, denominado relación con los demás; Factor 2, nuevas posibilidades; Factor 3, fuerza personal; Factor 4, cambio espiritual y Factor 5, apreciación por la vida. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos que mide el nivel de cambio siendo 0 no cambio y 5 muy alto grado de cambio. La fiabilidad del test fue alta tanto para la versión original (α=.90) como para la versión española (α=.95).

- Brief Resilience Scale (BRS; Smith et al., 2008). Se utilizará la versión española de Rodríguez-Rey, Alonso-Tapia y Hernansaiz-Garrido (2016). Se trata de una escala de autoinforme (disponible en el Anexo 9) diseñada para medir la respuesta resiliente ante un evento estresante. Está compuesta por 6 ítems que se responden con una escala tipo Likert de 5 puntos que miden el grado de acuerdo, siendo 1 totalmente desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Una alta puntuación indica un alto grado de resiliencia. La versión inglesa mostró una gran consistencia interna (α que varía de .80 a .91). La versión española también mostró una adecuada consistencia interna (α=.83).
- Inventario de Depresión de Beck—Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Se utilizará la adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Se trata de un instrumento de autoinforme diseñado para medir los niveles de depresión en adultos y adolescentes. Cuenta con un total de 21 ítems. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir entre cuatro alternativas, en relación a la frase que mejor describe su estado de ánimo las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de su gravedad (siendo 0 poco grave y 3 muy grave) obteniendo así unas puntuaciones que varían de 0 a 63. Para la versión española este inventario muestra una buena consistencia interna (α=.87).

Los dos grupos experimentales y el grupo control serán comparandos mediante el uso de un ANOVA factorial mixto de factores intersujetos e intrasujetos. Comparará los tres grupos en los tres momentos de evaluación (antes de la intervención, después de la intervención, y a los 3 meses), comprobando antes la homogeneidad y la normalidad de las varianzas. Se compararán las puntuaciones cuantitativas obtenidas en las pruebas, a excepción de las puntuaciones obtenidas en el BDI II, cuyo uso es exclusivamente identificar pacientes con síntomas depresivos para su derivación.

5. CONCLUSIONES

El programa ofrece varias sesiones para promover la respuesta resiliente y el crecimiento postraumático en cuidadores principales de pacientes oncológicos pediátricos que se encuentran en ingreso hospitalario, por considerase población en riesgo (Commodori, 2002; Franck et al., 2015). Puesto que se trata de una propuesta de intervención, no se pueden realizar conclusiones sobre su efectividad. Aunque se esperan encontrar mayores niveles de resiliencia y crecimiento postraumático en las dos muestras en relación al grupo control, en general se esperan más cambios en el grupo perteneciente a la UCIP, puesto que la pérdida del

rol parental resulta un estresor especialmente importante en este grupo (Board y Ryan-Wenger, 2002; Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia, 2016) y por tanto el trabajo de este aspecto tendría mayor impacto.

No obstante, de manera más específica y teniendo en cuenta que una de las diferencias de la respuesta de resiliencia frente a crecimiento postraumático estriba en que se produzca una disrupción en el funcionamiento habitual del individuo (Tedeschi y Calhoun, 2004), se estima que el grupo estudio de la planta de pediatría general va a mostrar una mayor respuesta de resiliencia puesto que el evento es menos estresante, por lo que resulta más probable que puedan sobreponerse a esa situación. Por el contrario, se espera observar mayor crecimiento postraumático en el grupo de estudio de la UCIP, ya que es más probable que se produzca esa disrupción por considerarse un entorno de mayor estrés, por lo que resulta más difícil sobreponerse y que no se dé una disrupción, pero a su vez hace más probable que puedan modificar esquemas y obtener una ganancia positiva de la experiencia.

El programa presenta algunas limitaciones a comentar. En primer lugar, trabajar la pérdida del rol parental puede resultar difícil, puesto que hay algunas tareas de cuidado que no pueden ser delegadas por parte del personal sanitario. Una dificultad añadida pueden ser las altas hospitalarias de algunos niños, que pueden obstaculizar la asistencia de los cuidadores a terapia por la demanda del cuidado del niño en el hogar. Además, la sesión con los profesionales de la planta general de pediatría y con los de la UCIP se realiza de manera conjunta, lo cual puede dificultar el trabajo de aspectos y dificultades más concretas de cada contexto.

Respecto a la metodología, algunos de los factores de riesgo y de protección sobre los que se fundamente el programa no han sido estudiados sobre esta población específica, sino que se han estudiado sobre otras poblaciones análogas, lo que podría afectar a la eficacia del programa. Adicionalmente, la participación de los usuarios que presenten determinados niveles depresión en procesos terapéuticos externos supone una amenaza a la validez interna, ya que en caso de producirse cambios, no podremos saber en qué medida esos cambios se producen gracias al programa. Además, el crecimiento postraumático puede darse en un tiempo superior a los 3 meses de seguimiento establecidos, lo que quedaría fuera de nuestra evaluación.

Con respecto a los puntos fuertes, el diseño del programa está basado en los factores de riesgo y de protección que se han encontrado realizando una revisión bibliográfica. La integración del desarrollo de todos estos factores en un único programa le dota de una gran fuerza para la promoción de la resiliencia y el crecimiento postraumático, ya que hasta la fecha en esta población solo se han desarrollado programas que intervienen sobre uno o dos predictores.

Uno de los puntos fuertes es la inclusión del rol parental en el programa, por considerarse un fuerte estresor en el ingreso hospitalario (Shudy et al., 2006) que hasta el momento apenas ha sido tenido en cuenta en el desarrollo de programas con cuidadores de niños ingresados en oncología. Además, el programa tiene en cuenta el momento de la enfermedad en la que se encuentra el niño, realizando dos grupos de estudio, ya que el entorno de la UCIP resulta más estresante que la planta general de pediatría (Rees et al., 2004), facilitando así una intervención más específica a las necesidades de cada grupo.

En resumen, este trabajo aporta un nuevo programa orientado a promover respuestas positivas o a evitar respuestas negativas ante un acontecimiento traumático en una población en riesgo. No obstante, para futuros programas sería interesante plantear un programa más específico para cada grupo de estudio, a fin de diseñar el programa en base a unas variables más específicas para cada población que permita ofrecer una atención más especializada, aunque sería necesaria mayor investigación poder llevarlo a cabo.

6. REFERENCIAS

Alderfer, M. A., y Kazak, A. E. (2006). Family issues when a child is on treatment for cancer. En R. Brown (Ed.), *Pediatric hematology/oncology: A biopsychosocial approach* (pp. 53–74). New York: Oxford University Press.

Alonso-Tapia J., Nieto, C., y Ruiz, M. A. (2013). Measuring subjective resilience despite adversity due to family, peers and teachers. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(19), 1–13. doi:10.1017/sjp.2013.33

Alonso-Tapia, J., Garrido-Hernansaiz, H., Rodríguez-Rey, R., Ruiz, M., y Nieto, C. (2017). Personal factors underlying resilience: development and validation of the Resiliency Questionnaire for Adults. *International Journal of Mental Health Promotion*, *19*(2), 104-117. doi: 10.1080/14623730.2017.1297248

Alonso-Tapia, J., Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., Ruiz, M., y Nieto, C. (2016). Coping assessment from the perspective of the person-situation interaction: Development and validation of the Situated Coping Questionnaire for Adults (SCQA). *Psicothema*, *28*(4), 479-486.

Alonso-Tapia, J., Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., Ruiz, M., y Nieto, C. (2019). Coping, personality and resilience: prediction of subjetive resilience from coping straegies and protective personality factors. *Behavioral Psychology, 27*(3), 375-389.

Barr, P. (2011). Posttraumatic growth in parents of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Journal of Loss and Trauma*, *16*(2), 117-134. doi: 10.1080/15325024.2010.519265

Bartone, P. T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States forces in the Gulf War. En J. M. Violanti, D. Paton, y C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 115–133). Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.

Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo conductual de la depresión: Un manual de tratamiento.* Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2012/1983). *Terapiacognitiva de la depresión*(20.ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory - Second Edition. Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Behzadi, M., Rassouli, M., Mojen, L. K., Pourhoseingholi, M. A., y Karahroudy, F. A. (2018). Posttraumatic Growth and Its Dimensions in the Mothers of Children with Cancer. *International journal of community based nursing and midwifery*, *6*(3), 209-217.

Bender, A., y Ingram, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences, 130*, 18-20. doi: 10.1016/j.paid.2018.03.038

Board, R., y Ryan-Wenger, N. (2002). Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. *Heart & Lung*, *31*(1), 53-66. doi: 10.1067/mhl.2002.121246

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. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20

Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and Extending the Construct of Adult Resilience. *American Psychologist, 60*(3), 265–267. doi: 10.1037/0003-066X.60.3.265b

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science*, *14*(3), 135-138. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x

Bonanno, G. A., Westphal, M., y Mancini, A. D. (2012). Loss, trauma, and resilience in adulthood. *Annual review of gerontology and geriatrics*, *32*(1), 189-210. doi: 10.1891/0198-8794.32.189

Calhoun , L. G. , y Tedeschi , R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework .En L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice (*pp. 3 – 23). Mahwah, NJ: Erlbaum

Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide.* Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G., y McMillan, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology, 13*(6)*,* 789-791. doi: 10.1080/00224549809603265

Carver, C. S., Scheier, M. F., y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, *30*(7), 879-889. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006

Clements, D. B., Copeland, L. G., y Loftus, M. (1990). Critical times for families with a chronically ill child. *Pediatric Nursing*, *16*(2), 157-61.

Colville, G., y Cream, P. (2009). Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right?. *Intensive care medicine*, *35*(5), 919-923.

Colville, G., y Pierce, C. (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Medicine, 38*(9), 1523-1531. doi: 10.1007/s00134-012-2612-2

Commodari, E. (2010). Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Italian journal of pediatrics*, *36*(1), 40. doi: 10.1186/1824-7288-36-40

Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., y Jones, C. L. (1996). Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of pediatric psychology*, *21*(4), 541-554. doi: 10.1093/jpepsy/21.4.541

Duan, W., Guo, P., y Gan, P. (2015). Relationships among trait resilience, virtues, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth. *PLoS One*, *10*(5), e0125707. doi: 10.1371/journal.pone.0125707

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Nueva York: Lyle Stuart.

Fauman, K. R., Pituch, K. J., Han, Y. Y., Niedner, M. F., Reske, J., y LeVine, A. M. (2011). Predictors of depressive symptoms in parents of chronically ill children admitted to the pediatric intensive care unit. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 28*(8), 556-563. doi: 10.1177/1049909111403465

Franck, L. S., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Lee, K., y Cooper, B. A. (2015). Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: a prospective cohort study. *International journal of nursing studies*, *52*(1), 10-21. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011

Frank, N. C., Blount, R. L., y Brown, R. T. (1997). Attributions, coping and, adjustment in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, *22*(4), 563-576. doi: 10.1093/jpepsy/22.4.563

Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., y Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology. 84*(2), 365–376. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.365

Galatzer-Levy, I. R., y Bonanno, G. A. (2013). Heterogeneous patterns of stress over the four years of college: Associations with anxious attachment and ego-resiliency. *Journal of personality*, *81*(5), 476-486. doi: 10.1111/jopy.12010

Genet, J., y Siemer, M. (2011). Flexible control in processing affective and non-affective material predicts individual differences in trait resilience. *Cognition and Emotion, 25*(2), 380-388. doi: 10.1080/02699931.2010.491647

González-Arratia, N. I., Nieto, D., y Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, *8*(1), 113-123. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.9

Grau, C., y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del sistema sanitario de Navarra, 33*(2), 203-212. doi: 10.4321/s1137-66272010000300008

Gunjur, A. (2015). PTSD in parents after childhoodcancer. *The Lancet Oncology, 16*(7), E320. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00043-1

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797–816. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797

Henderson, J., Goldacre, M., Fairweather, J., y Marcovitch, H. (1992) Conditions accounting for substantial time spent in hospital in children aged 1–14. *Archives of Disease in Childhood, 67(1)*, 83–86. doi: 10.1136/adc.67.1.83

Ho, S., Rajandram, R., Chan, N., Samman, N., Mcgrath, C., y Zwahlen, R. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology, 47*(2), 121-124. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.11.015

Hoge, E. A., Austin, E. D., y Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, *24*(2), 139-152. doi: 10.1002/da.20175

Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., y Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology*, *16*(8), 1259-1267. doi: 10.1177/1359105311405872

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: Chicago University Press.

Jeon, B., y Choi, Y. (2016). The Effects of Perceived Threat, Optimism and Meaning in Life on Cancer Patient's Posttraumatic Growth. *Korean Journal of Stress Research, 24*(1), 1-11. doi: 10.17547/kjsr.2016.24.1.1

Kazak, A. E., Simms, S., Barakat, L., Hobbie, W., Foley, B., Golomb, V., y Best, M. (1999). Surviving Cancer Competently Intervention Program (SCCIP): a cognitive-behavioral and family therapy intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Family process*, *38*(2), 176-191. doi: 10.1111/j.1545-5300.1999.00176.x

Labrador, F.J. (2008).*Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Pirámide.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.

Lee, S., Won, S., y Jeong, B. (2019). Moderating effect of emotional awareness on the association between maltreatment experiences and resilience. *Personality and Individual Differences, 148*, 38-44. doi: 10.1016/j.paid.2019.05.037

Liu, Y., Wang, Z. H., y Li, Z. G. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, *52*(7), 833-838. doi: 10.1016/j.paid.2012.01.017

Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti, y D. J. Cohen (Eds.). *Development Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 740-795). New York: Wiley.

Maestas, K., Sherer, M., Sander, A., Tulsky, D., y Nick, T. (2014). The role of resilience in predicting depression, anxiety and participation in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury, 28*(5-6), 789-790.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, *56*(3), 227-238. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227

Mastroyannopoulou, K., Stallard, P., Lewis, M., y Lenton, S. (1997). The impact of childhood non-malignant life-threatening illness on parents: Gender differences and predictors of parental adjustment. *Journal of child psychology and psychiatry*, *38*(7), 823-829. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01600.x

McGrath, P. (2000). *Confronting Icarus: Psycho-social Perspectives on Haematological Malignancies*. Londres: Routledge.

McGrath, P. (2001). Findings on the impact of treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia on family relationships. *Child & Family Social Work*, *6*(3), 229-237. doi: 10.1046/j.1365-2206.2001.00200.x

Meyer, E., Kotte, A., Kimbrel, N., Debeer, B., Elliott, T., Gulliver, S., y Morissette, S. (2019). Predictors of lower-than-expected posttraumatic symptom severity in war veterans: The influence of personality, self-reported trait resilience, and psychological flexibility. *Behaviour Research and Therapy, 113*, 1-8. doi: 10.1016/j.brat.2018.12.005

Milam, J. E. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 817–827. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.817

Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., y Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry, 54*(8), 1190-1197. doi: 10.1016/j.comppsych.2013.05.008

Muscara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J. C., Burke, K., y Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry, 30*(5), 555-561. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.12.008

Nakayama, N., Mori, N., Ishimaru, S., Ohyama, W., Yuza, Y., Kaneko, T., y Matsushima, E. (2017). Factors associated with posttraumatic growth among parents of children with cancer. *Psycho-oncology*, *26*(9), 1369-1375. doi: 10.1002/pon.4307

Nenova, M. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. Psycho-Oncology, 22(1), 195–202. doi: 10.1002/pon.2073

Noll, R. B., Gartstein, M. A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W. M., y Davies, W. H. (1999). Social, emotional, and behavioralfunctioning of children with cancer. *Pediatrics*, *103*(1), 71-78. doi: 10.1542/peds.103.1.71

Norberg, A. L., y Boman, K. K. (2008). Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncologica, 47*(2), 267-274. doi: 10.1080/02841860701558773

Núñez, C., y Valcárcel, R. R. (2013). *Emocionario.* Madrid: Palabras Aladas.

Ogińska-Bulik, N., y Ciechomska, M. (2016). Posttraumatic growth of parents struggling with cancer disease of their child–the role of rumination. *PostępyPsychiatrii i Neurologii*, *25*(2), 99-110. doi: 10.1016/j.pin.2016.05.002

Peris B. R., Pardo R., E., Muñoz L.. A., Sayas S. N., y Valero P. S. (2017). *Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2016. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP).* Valencia: Universitat de València.

Phipps, S., Klosky, J. L., Long, A., Hudson, M. M., Huang, Q., Zhang, H., y Noll, R. B. (2014). Posttraumatic stress and psychological growth in children with cancer: Has the traumatic impact of cancer been overestimated?. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(7), 641-646. doi: 10.1200/JCO.2013.49.8212

Prince-Embury, S. (2007). *Resiliency Scales Manual: For Children & Adolescents: a Profile of Personal Strengths.* Bloomington, TX: Pearson.

Prince-Embury, S. (2008). Resiliency scales for children and adolescents, psychological symptoms and clinical status of adolescents. *Canadian Journal of School Psychology, 23*(1), 41–56. doi: 10.1177/0829573508316592

Prince-Embury, S. y Courville, T. (2008). Comparison of one, two, and three factor models of personal resiliency using the resiliency scales for children and adolescents. *Canadian Journal of School Psychology, 23*(1), 11-25. doi: 10.1177/0829573508316589

Prince-Embury, S., y Saklofske D. H. (Eds.) (2013).*Resilience in children, adolescent and adults: Translating research into practice*. New York: Springer.

Prince-Embury, S., y Saklofske D.H. (2014). *Resilience interventions for youth in diverse populations*. New York: Springer.

Rees, G., Gledhill, J., Garralda, M. E., y Nadel, S. (2004). Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit (PICU) admission: a cohort study. *Intensive care medicine*, *30*(8), 1607-1614. doi: 10.1007/s00134-004-2310-9

Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., y Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological assessment*, *28*(5), e101. doi: 10.1037/pas0000191

Rodríguez-Rey, R., y Alonso-Tapia, J. (2016). Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. Australian Critical Care, 29(3), 151-157. doi: 10.1016/j.aucc.2015.11.002

Rodríguez-Rey, R., y Alonso-Tapia, J. (2019). Predicting Posttraumatic Growth in Mothers and Fathers of Critically Ill Children: A Longitudinal Study. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *26*(3), 372-381. doi: 10.1007/s10880-018-9594-3

Rodríguez-Rey, R., y Alonso-Tapia, J. (2019). Predicting Posttraumatic Growth in Mothers and Fathers of Critically Ill Children: A Longitudinal Study. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *26*(3), 372-381. doi: 10.1007/s10880-018-9594-3

Rosenberg, A. R., Wolfe, J., Bradford, M. C., Shaffer, M. L., Yi-Frazier, J. P., Curtis, J. R., y Baker, K. S. (2014). Resilience and psychosocial outcomes in parents of children with cancer. *Pediatric blood & cancer*, *61*(3), 552-557. doi: 10.1002/pbc.24854

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*(1), 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002

Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., y Firląg-Burkacka, E. (2017). Social support, stress coping strategies, resilience and posttraumatic growth in a Polish sample of HIV-infected individuals: Results of a 1 year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(6), 942-954. doi: 10.1007/s10865-017-9861-z

Sahler, O. J. Z., Fairclough, D. L., Phipps, S., Mulhern, R. K., Dolgin, M. J., Noll, R. B., y Butler, R. W. (2005). Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: report of a multisite randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(2), 272-283. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.272

Salvador, Á., Crespo, C., Martins, A. R., Santos, S., y Canavarro, M. C. (2014). Parents' perceptions about their child's illness in pediatric cancer: Links with caregiving burden and quality of life. *Journal of Child and Family Studies, 24*(4), 1-12. doi: 10.1007/s10826-014-9921-8

Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, *14*(3), 249-280.

Sarubin, N., Wolf, M., Giegling, I., Hilbert, S., Naumann, F., Gutt, D., Jobst, A., Sabaß, L., Falkai, P., Rujescu, D., Bühner, M., y Padberg, F. (2015). Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Personality and Individual Differences, 82,* 193–198. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.028

Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., y Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 46-53. doi: 10.1002/pon.1501

Sears, S., Stanton, L., y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*(5), 487–497. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487

Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., Hoyt, R. E., y Hain, R. E. (2012). Optimism predicts resilience in repatriated prisoners of war: A 37-year longitudinal study. *Journal of traumatic stress*, *25*(3), 330-336. doi: 10.1002/jts.21691

Seideman, R., Watson, M., Corff, K., Odle, P., Haase, J., y Bowerman, J. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing, 12*(3), 169-177. doi: 10.1016/S0882-5963(97)80074-7

Shudy, M., De Almeida, M. L., Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T. L., y Nicholson, C. E. (2006). Impact of pediatric critical illness and injury on families: a systematic literature review. *Pediatrics*, *118*(3), S203-S218. doi: 10.1542/peds.2006-0951B

Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., y Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, *32*(8-10), 1149-1152. doi: 10.1016/j.psyneuen.2007.08.005

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E. M, Christopher, P. J., y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(3), 194-200. doi: 10.1080/10705500802222972

Smith, M. (1987). Cuando digo no me siento culpable. Barcelona: Grijalbo.

Souri, H., y Hasanirad, T. (2011). Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30*, 1541-1544. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.299

Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., y Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death studies*, *32*(5), 428-444. doi: 10.1080/07481180801974745

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. doi: 10.1002/jts.2490090305

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01

Tillery, R., Sharp, K. H., Okado, Y., Long, A., y Phipps, S. (2016). Profiles of Resilience and Growth in Youth With Cancer and Healthy Comparisons. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(3), 290-297.doi: 10.1093/jpepsy/jsv091

Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J., y Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *20*(1), 36-47. doi: 10.1053/jpon.2003.

Van Schoors, M., Caes, L., Verhofstadt, L. L., Goubert, L., y Alderfer, M. A. (2015). Systematic review: Family resilience after pediatric cancer diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(9), 856-868. doi: 10.1093/jpepsy/jsv055

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.

Villasana, M., Alonso-Tapia, J., y Ruiz, M. (2016). A model for assessing coping and its relation to resilience in adolescence from the perspective of "person–situation interaction". *Personality and Individual Differences*, *98*, 250-256. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.053

Von Essen, L., Enskär, K., Kreuger, A., Larsson, B., y Sjödén, P. O. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatrica*, *89*(2), 229-236. doi: 10.1111/j.1651-2227.2000.tb01221.x

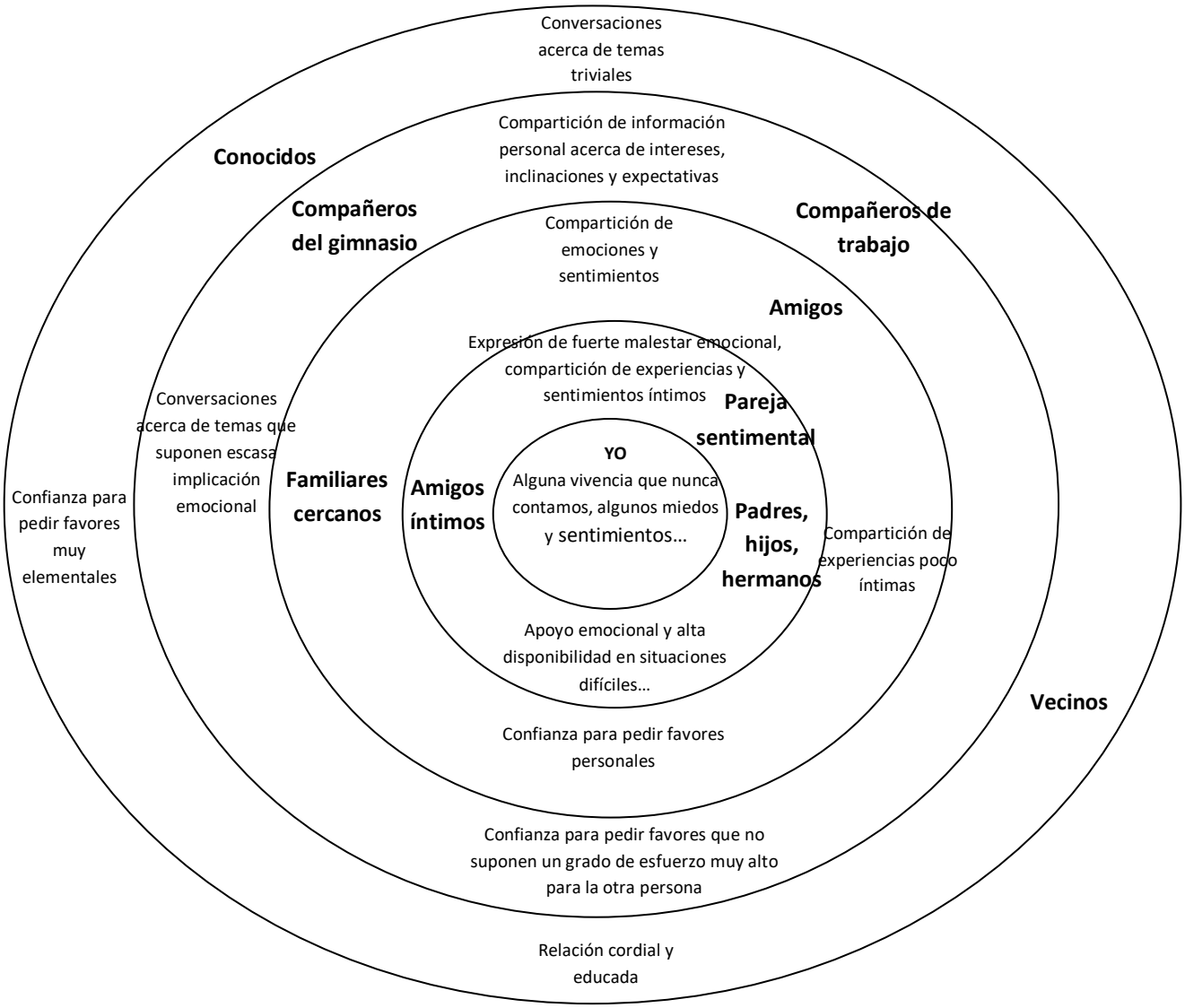
Waugh, C. E., y Koster, E. H. (2015). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical psychology review*, *41*, 49-60. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.004

Weiss, T., y Berger, R. (2006). Reliability and Validity of a Spanish Version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice, 16*(2), 191-199. doi: 10.1177/1049731505281374

Yu, Y., Peng, L., Tang, T., Chen, L., Li, M., y Wang, T. (2014). Effects of emotion regulation and general self-efficacy on posttraumatic growth in Chinese cancer survivors: Assessing the mediating effect of positive affect. *PsychoOncology, 23*(4), 473-478. doi: 10.1002/pon.3434

7. ANEXOS

Anexo 1: Ficha ejemplificada para la elaboración de los círculos de intimidad.



Cabe señalar que este es un mero ejemplo de cómo realizar el ejercicio. Cada paciente debe diseñar su propio círculo de intimidad, a poder ser más concreto (poniendo nombres de personas) y siguiendo su propio criterio, ya que se espera que varíe mucho de unas personas a otras. Por ejemplo algunas personas pueden tener un grado de confianza muy alto con algún compañero de trabajo y bastante bajo con algún familiar, y viceversa.

Anexo 2: entrenamiento en asertividad basado en el libro de Smith (1987).

- Listado de derechos asertivos:

1. Derecho a ser tratado con respeto y dignidad
2. Derecho a tener y expresar los propios sentimientos y emociones
3. Derecho a ser escuchado y tomado en serio
4. Derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades, tomar mis decisiones
5. Derecho a decir no sin sentir culpa
6. Derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que el otro tiene derecho a decir no
7. Derecho a cambiar
8. Derecho a cometer errores
9. Derecho a pedir información y ser informado
10. Derecho a obtener aquello por lo que pagué
11. Derecho a decidir no ser asertivo
12. Derecho a ser independiente
13. Derecho a hacer con mi tiempo, mi dinero y mis propiedades lo que considere sin violar el derecho de los otros
14. Derecho a tener éxito
15. Derecho a gozar y a disfrutar
16. Derecho a mi descanso y aislamiento, siendo asertivo
17. Derecho a superarme, aún superando a los demás

- Técnicas asertivas:

- Disco rayado: consiste en repetir un mismo punto de vista una y otra vez sin entrar en discusiones ni provocaciones.
- Banco de niebla: consiste en responder sólo a lo que dice la persona que hace la crítica manipulativa, no a lo implícito. Ejemplo:
  -"Si sigues así, acabarás discutiendo con todo el mundo"
  -"Es posible"
- Aserción negativa: consiste en reconocer nuestros errores y faltas mediante el reconocimiento de las críticas. Diferencia la conducta de la persona, dándonos permiso para fallar. Ejemplo:
  -"Llegas tarde otra vez, eres un impuntual"
  -"Es verdad, llego tarde"
- Negación asertiva: consiste en rechazar una crítica manipulativa o injusta. Ejemplo:
  -"No estoy de acuerdo, para ti era importante… pero para mi…"
- Compromiso viable: negociar con la otra persona, siempre que se trate de preferencias o hábitos y no esté en juego nuestra dignidad o nuestros valores. Ejemplo:
  -"Hoy podemos ir a ver la película que quieres y mañana vamos al teatro"
- Aplazamiento asertivo: aplazar la respuesta que vayamos a dar a la persona que nos ha criticado hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder correctamente. Ejemplo:
  -"No es la primera vez que me dices eso, por lo que entiendo que es importante para ti, pero ahora mismo tengo mucho trabajo para hablar profundamente sobre ello, ¿Te parece bien si lo hacemos más tarde?
- Técnica para procesar el cambio: desplaza el foco de la atención al análisis de lo que está pasando entre dos personas, aportando un punto de vista objetivo. Ejemplo:
  -"Ya hemos discutido esto muchas veces y nunca sacamos nada de ello. Es muy tarde y los dos estamos agotados, valoremos si merece la pena discutirlo de nuevo".

Anexo 3: Situaciones para practicar conductas asertivas.

Situación 1: Acudes a una cita con un amigo para salir a tomar algo, pero llega 30 minutos tarde. Ya te ha ocurrido en más ocasiones y concretamente hoy no has ido a realizar un recado para poder llegar a la hora.

Situación 2: Estás en un restaurante y te sirven un plato frío que tiene un precio bastante elevado.

Situación 3: llevas una hora haciendo cola para entrar a un concierto y un grupo de personas se cuelan delante de ti.

Situación 4: llegas tarde a una reunión de padres del colegio de tu hijo y cuando llegas uno de los padres te dice que eres una desconsiderada por llegar tan tarde.

Situación 5: percibes que un profesional de enfermería tiene una actitud fría y distante hacia el niño, lo cual hace que se ponga más tenso cuando tienen que realizarle algún procedimiento médico (como ponerle una vía intravenosa o sacarle sangre).

Situación 6: el niño es intolerante a algún alimento y se lo sirven en el hospital por descuido.

Situación 7: la butaca para las visitas que hay en la habitación del niño en la que duermes está rota, lo que está provocando que tengas fuertes dolores de espalda.

Situación 8: acuden a visitar al niño unos familiares que viven lejos, y cuando llegan no les dejan pasar a la habitación porque solo pueden pasar familiares de primer grado.

Situación 9: el médico te da información acerca del estado de gravedad del niño, pero usa palabras técnicas y no le entiendes.

Anexo 4: Ficha para la identificación de emociones (Núñez y Valcárcel, 2013)

TERNURA: la ternura es cercanía, afecto y compasión. La fragilidad de los demás despierta en nosotros el deseo de ser atentos y comprensivos	
AMOR: es una emoción muy contradictoria. Puede provocarnos alegría intensa o un fuerte dolor. Clases de amor: -Amor romántico: pensar constantemente en un apersona. Verla te produce nervios y alegría. -Amor diligente: cuando haces tuyas la alegría o la tristeza de una persona a la que amas.	
ODIO: antipatía y rechazo hacia algo o alguien. Como consecuencia deseamos que le ocurra algo malo. A veces dura mucho y otras un instante.	
IRA: es muy rápida y nos domina casi sin darnos cuenta. Suele apoderarse de nosotros en situaciones que consideramos muy injustas. En la sociedad civilizada no resulta adaptativa porque es una emoción que no nos deja pensar y suele meternos en problemas.	
IRRITACIÓN: es producida por estímulos que nos resultan molestos y como consecuencia no podemos dejar de pensar en ellos. Algo molesto se convierte en irritante cuando percibes que no puedes soportarlo más.	
TENSIÓN: también llamado “estrés”. La sentimos cuando nos tenemos que enfrentar a situaciones que nos resultan amenazantes. Cuando estamos tensos nos sentimos nerviosos e impacientes.	
ALIVIO: nos sentimos aliviados cuando cesa una situación desagradable.	
Serenidad: es una sensación de calma y armonía.	
FELICIDAD: es diferente para cada persona. Nos sentimos felices cuando disfrutamos de lo que podemos o lo que sabemos hacer.	
ALEGRÍA: la causa un motivo placentero, es muy agradable pero tiene una duración muy corta.	
TRISTEZA: bajada de energía y del estado de ánimo. Cuando estamos tristes perdemos las ganas de realizar cosas que antes nos producían alegría o placer. Cada persona puede entristecerse por cosas muy diferentes.	
COMPASIÓN: es la pena que sentimos ante la desgracia de los demás. Nos empuja a ayudar a quién está sufriendo.	
REMORDIMIENTO: malestar experimentado cuando hacemos algo que consideramos inmoral. Cuando crece el remordimiento se convierte en culpa.	
CULPA: la sentimos cuando creemos que hemos hecho algo mal. Nos indica qué consideramos bueno y qué malo y nos permite evaluar nuestro comportamiento.	
VERGÜENZA: aparece cuando crees que has hecho algo mal o cuando crees que se van a reír de ti. Les hace ver a los demás que tienes vergüenza.	
INSEGURIDAD: es una falta de confianza hacia nosotros mismos o hacia los demás. Cuando nos sentimos inseguros intentamos defendernos.	
TIMIDEZ: nos impide mostrarnos con naturalidad. Suele dominarnos ante situaciones so personas nuevas.	
CONFUSIÓN: experimentamos confusión ante unos acontecimientos que no entendemos, lo que hace que nos paralicemos.	
MIEDO: aparece cuando crees que vas a sufrir daño. Te prepara para enfrentarte o huir. A veces es adaptativo.	
ASOMBRO: lo sentimos cuando algo que creíamos imposible resulta ser cierto. .	

HOSTILIDAD: la sentimos cuando alguien se opone a nosotros o a nuestros deseos. Cuando esto ocurre, deseamos llevar la contraria. Nos conduce a rechazar a la otra persona	
ASCO: desagrado que nos causa algo que nos parece repugnante. Aunque todo el mundo siente asco hacia algo, depende de cada familia y de cada cultura.	
ACEPTACIÓN: nos sentimos aceptados cuando nos quieren tal y como somos, o cuando reconocen y valoran nuestras capacidades y acciones.	
INCOMPRENSIÓN: nos sentimos incomprendidos cuando sentimos que el otro no nos entiende. Surge de un desajuste sobre cómo tú ves el mundo y cómo los demás lo ven.	
DESAMPARO: sientes esta emoción cuando te ves desprotegido. Es una sensación de pesar y de tristeza.	
SOLEDAD: es la ausencia de compañía. A veces podemos sentirnos solos estando con gente porque sentimos que no podemos contar con su apoyo. Para vencer a la soledad es necesario comunicarse.	
NOSTALGIA: genera un sentimiento de vacío o tristeza. La sentimos cuando creemos que algo o alguien nos falta.	
MELANCOLÍA: es una nostalgia muy acentuada. Cuando estamos melancólicos sentimos que el mundo que deseamos es difícil de alcanzar.	
ABURRIMIENTO: surge cuando no hacemos nada o cuando lo que hacemos no nos satisface.	
ILUSIÓN: implica tener la esperanza de que algo que deseamos se cumplirá. Es una buena manera de disfrutar de la vida.	
ENTUSIASMO: el entusiasmo es la sensación de poder hacer cualquier cosa.	
EUFORIA: desbordamiento de energía que te permite hacer frente a situaciones adversas o celebrar algo con mucho entusiasmo.	
DESALIENTO: cuando estamos desalentados sentimos que nos faltan fuerzas para salir adelante.	
DECEPCIÓN: sientes decepción cuando no obtienes lo que esperas de una persona o de una situación. Si no hubiese decepción, tampoco habría sorpresa.	
FRUSTRACIÓN: malestar o enfado que sentimos cuando no conseguimos lo que nos habíamos propuesto o lo que esperábamos. Ante una situación una persona puede frustrarse y otra buscar soluciones.	
ADMIRACIÓN: aprecio que sentimos por alguien que tiene grandes cualidades. Todas las personas tienen algo admirable.	
ENVIDIA: sentimos envidia cuando alguien posee algo que nosotros deseamos. A la envidia no le interesa que a ti te vaya mejor si no que al otro le vaya peor.	
DESEO: impulso que nos mueve a obtener algo que queremos. Hay deseos que son más profundos y otros que son más fugaces.	
SATISFACCIÓN: sentimos satisfacción cuando saciamos una necesidad física o emocional. Aumenta la confianza en nosotros mismos,	
ORGULLO: el orgullo es la alta valoración de algo, un ser querido o de ti mismo. Hay dos clases de orgullo: -Orgullo egocéntrico: hace que tus metas se reduzcan a una, que es ser el protagonista. -Orgullo virtuoso: te impulsa a que tu meta principal sea a hacer cada vez mejor aquello que tienes entre manos. Te permite descubrir y valorar tus habilidades.	
PLACER: satisfacción y alegría producida por algo que nos gusta mucho.	
GRATITUD: aumenta cuando somos capaces de ver en lo cotidiano un regalo. La gratitud de ayuda a disfrutar de la vida y a ser más feliz.	

Anexo 5: diferentes situaciones para la adaptación de recursos

Situación Estás enfermo y no puedes visitar al niño hasta que te recuperes, ya que hay una normativa del hospital que lo impide. No obstante quieres buscar la forma de que él te tenga presente y reciba tu apoyo.	**Situación** Es el cumpleaños del niño y está triste por no tener una fiesta como estaba acostumbrado. Desde el hospital te indican que no es posible encender velas en la habitación ni que haya más de dos acompañantes.	**Situación** El profesor de apoyo que acude a dar clases el niño está de baja, y cuando llamas al colegio te dicen que no se prevé que le sustituyan.
Situación Al niño tienen que sacarle sangre con frecuencia y lo pasa muy mal cada vez que esto ocurre (muestra nerviosismo y preocupación unas horas antes)	**Situación** Notas que al niño cada vez le cuesta más relacionarse con sus iguales	**Situación** El médico habló con otro familiar acerca del estado de salud del niño, pero por el lenguaje que usaba no se enteró bien de las pautas que le dio y ahora no sabes cómo recuperarlas.
Situación El niño refiere que por las noches hay una enfermera que hace mucho ruido y no descansa bien.	**Situación** El médico te informa acerca de un cambio que se va a realizar en la medicación del niño porque la que tomaba le sentaba mal. Al día siguiente cuando llega la enfermera le trae la medicación que tomaba habitualmente. Cuando le comentas lo que te indicó el médico la enfermera parece no saber nada.	**Situación** Van a realizarle al niño un procedimiento médico que le da mucho miedo y quieres que esté acompañado, pero las personas que habitualmente le acompañáis en el hospital no tenéis permiso en el trabajo para asistir.

Anexo 6: preguntas para el concurso

¿A partir de qué suceso consideramos que termina la edad antigua y comienza la edad media? **A partir de la caía del Imperio Romano**	¿Quién fue el primer presidente de los EEUU? **George Washington**	¿Cuánto duró la Guerra de los Cien Años? **116 años**
¿Qué filósofo de la Antigua Grecia creía que el elemento del que están compuestas todas las cosas es el agua? **Tales de Mileto**	¿Qué isla sirvió de prisión para Napoleón tras su derrota en la batalla de Waterloo? **La isla de Santa Elena**	¿Qué cordillera separa Europa de Asia? **Los montes Urales**
Además del Alemán, el Italiano y el Francés ¿ qué otro idioma es hablado en algunas regiones de Suiza? **El romanche**	¿Cuál es la capital de Letonia? **Riga**	¿Qué grupo étnico ha desarrollado una mitología en la que tiene mucha importancia el "Tiempo del sueño"? **Los aborígenes australianos**
¿A quién interpretaba John Travolta en *Grease*? **Danny Zuko**	¿Cómo se llama la madre de Simba en la película de Disney *El Rey León*? **Sarabi**	¿Cuáles fueron los tres primeros componentes de *Los payasos de la tele*? **Gaby, Fofó y Miliki**
¿A qué banda de música metal pertenece el disco *Master of Puppets*? **Metallica**	¿Qué película de Christopher Nolan narra la historia de un hombre con amnesia anterógrada que no puede crear nuevos recuerdos a partir de lo que va ocurriendo? **Memento**	¿Qué famoso *youtuber* hispanohablante tiene su propia serie de animación? **El Rubius**
¿De qué obra de Shakespeare forma parte el soliloquio "ser o no ser, esa es la cuestión"? **Hamlet**	¿De qué país es originario el tipo de poesía conocido como haiku? **Japón**	¿Qué animal mitológico da nombre a uno de los libros más conocidos de Thomas Hobbes? **Leviatán**
¿Cómo se llama el famoso psicólogo estadounidense autor del libro *más allá de la libertad y la dignidad*? **Burrhus Frederic Skinner**	¿Cómo se llama el pintor noruego autor de la obra *el grito*? **Edvard Munch**	¿En qué otro idioma, además de en castellano, escribió la poetisa y novelista Rosalía de Castro? **Gallego**
¿Qué gas nos protege de la radiacción solar, concretamente de la radiacción ultravioleta, formando una capa en la atmósfera? **El ozono**	¿Por qué fue famosa Marie Curie? **Por el descubrimiento de la radioactividad**	¿Cuáles son las bases nitrogenadas del ADN? **Guanina, adenina, timina y citosina**
¿Cómo se llama la célula nerviosa más abundante en el cerebro humano? **Las células gliales**	¿Cómo se llama la planta a partir de la cual suele ser elaborado el tequila? **Agave**	¿Qué nombre recibe el sistema de transcripción fonética usado en el chino mandarín? **Pinyin**
¿Cuándo se celebró la primera copa mundial de fútbol? **1930**	¿Quién es considerado el mejor jugador de baloncesto de todos los tiempos? **Michael Jordan**	¿Quién fue la primera mujer en ganar una medalla olímpica? **Charlotte Cooper**

Anexo 7: Resiliency Questionnaire for Adults (RQA; Alonso-Tapia, Garrido-Hernansaiz, Rodríguez-Rey, Ruiz y Nieto, 2017).

Instrucciones: a continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre sí mismo/a con las que puede estar más o menos de acuerdo. Señale la opción que representa su grado de acuerdo con el contenido de la afirmación, según la siguiente escala:

Escala de respuesta

1 Nunca	**2** Casi nunca	**3** Algunas veces	4 A menudo	5 Casi siempre

Ítems:

1. En general, tiendo a pensar que las cosas me van a ir bien.
2. Cuando tomo decisiones, es muy frecuente que me equivoque.
3. No me cuesta mucho adaptarme a los cambios
4. Por lo general, los demás se aprovechan de ti a la menor oportunidad.
5. Tengo personas en las que apoyarme cuando tengo dificultades.
6. Me suele costar mucho entablar conversaciones con gente nueva.
7. Normalmente soy capaz de perdonar después de una discusión.
8. Cuando las cosas no salen como me gusta, enseguida me siento frustrado.
9. Por lo general no me bloqueo y puedo mantener mi ritmo si un problema me genera malestar.
10. Si algo malo puede pasarme, lo más frecuente es que me ocurra.
11. En general creo que soy una persona capaz de superar mis problemas con éxito.
12. Cada vez que tengo que enfrentarme a una situación nueva, lo paso fatal.
13. Las demás personas tienden a aceptarme tal y como soy.
14. Generalmente, cuando me ocurre algo malo, no tengo a quién pedir ayuda.
15. Si he de tratar con alguien, por lo general, no me siento a disgusto.
16. No soy capaz de decirle a alguien con tranquilidad que no estoy de acuerdo con él.
17. Hay pocas cosas en mi día a día que me hagan sentirme mal.
18. Tiendo a cometer errores cuando me siento disgustado.
19. Cuando tengo un problema, suelo pensar que se va a solucionar de forma satisfactoria
20. Suelo pensar cuando surge un problema que poco hay que pueda hacer yo al respecto
21. Por lo general, si me tengo que enfrentar a una situación nueva, me adapto bastante bien.
22. No suelo caerle bien a la gente.
23. Sé que puedo confiarle mis cosas a algunas personas.
24. Cuando estoy con otras personas, me suelo sentir incómodo.
25. Soy capaz de aceptar que otra persona tenga un punto de vista diferente al mío.
26. Si alguien se mete conmigo o me molesta, enseguida salto y me pongo a la defensiva.
27. Aunque esté disgustado o preocupado, normalmente soy capaz de pensar con claridad.
28. A menudo pienso que las cosas tienden a ir a peor en la vida.
29. Me veo una persona capaz de tomar decisiones acertadas en la mayoría de ocasiones
30. Lo paso mal cuando tengo que adaptarme a los cambios que me ocurren.
31. Creo que la gente es esencialmente buena.
32. Por lo general, cuando tengo problemas siento que no tengo nadie con quién contar.
33. Por lo general me siento a gusto cuando estoy con otras personas.
34. Cuando alguien me hace daño me cuesta mucho olvidarlo y seguir como antes.
35. La gente dice que no es fácil verme alterado.
36. Si algo me hace sentir mal, no soy capaz de concentrarme y tomar decisiones normalmente.

Anexo 8: Inventario de Crecimiento Postraumático (Calhoun y Tedeschi 1996, 2006). Versión española de Weiss y Berger (2006)

Instrucciones: Indique para cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación, en qué medida experimentó cada cambio como consecuencia del ingreso hospitalario de su hijo, utilizando la siguiente escala.

Escala de respuesta:

0	No experimenté este cambio
1	Experimenté este cambio en una medida muy pequeña
2	Experimenté este cambio en una medida pequeña
3	Experimenté este cambio en un grado medio
4	Experimenté este cambio en gran medida
5	Experimenté este cambio en medida muy grande

Ítems:

1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.
2. Aprecio más el valor de mi propia vida.
3. He desarrollado nuevos intereses.
4. Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo.
5. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales.
6. Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis.
7. He establecido un nuevo rumbo en mi vida.
8. Tengo una mayor sensación de cercanía hacia los demás.
9. Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos.
10. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas.
11. Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida.
12. Puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen.
13. Puedo valorar mejor el día a día.
14. Han aparecido nuevas oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido.
15. Tengo más sentimientos de compañía hacia los demás.
16. Pongo más energía en mis relaciones personales.
17. Ahora intento más cambiar aquellas cosas que deben cambiarse.
18. Tengo una fe religiosa más fuerte.
19. Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba.
20. Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente.
21. Acepto mejor que necesito a los demás.

Anexo 9: Breve escala de resiliencia (BRS; Smith et al., 2008). Versión española de Rodríguez-Rey, Alonso-Tapia y Hernansaiz-Garrido (2016).

Instrucciones: Por favor, indique hasta qué punto está usted de acuerdo con las siguientes afirmaciones utilizando la siguiente escala.

Escala de respuesta:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Ítems:

1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal.
2. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes.
3. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante.
4. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo.
5. Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal.
6. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida.