

Espiritualidad y resiliencia en cuidadores principales de pacientes oncológicos

Carmen Campos Urbanos¹ ✉, Tamara Redondo Elvira^{2*} ✉

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.101693>

Recibido: el 20 de enero de 2025 / Aceptado: 1 de marzo de 2025

Resumen: Introducción: El diagnóstico de cáncer no solo afecta a la persona que lo padece, sino también de forma muy directa a su entorno y, en particular, al cuidador principal. Objetivo: El objetivo del presente estudio es investigar la correlación entre las variables psicológicas resiliencia y espiritualidad en sus tres dimensiones (intrapersonal, interpersonal y transpersonal), y explorar si existe alguna relación con las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas. Metodología: Muestra de 55 cuidadores principales de pacientes oncológicos. Los instrumentos empleados para realizar la investigación fueron la Escala Breve de Resiliencia (BRC-S), para evaluar la resiliencia, y el Cuestionario Grupo de Espiritualidad SECPAL (GES), para evaluar la espiritualidad. Resultados: se confirma la relación positiva existente entre las variables de estudio, siendo esta más relevante en la dimensión interpersonal y transpersonal de espiritualidad ($p < 0,001$). Conclusión: Al igual que en la literatura científica, existe una estrecha relación entre resiliencia y espiritualidad, lo que aplicado a la práctica clínica podría indicar que promover ambas variables sería uno de los objetivos clave en el trabajo con cuidadores de pacientes oncológicos.

Palabras clave: cáncer, cuidador principal, espiritualidad, resiliencia

^{eNG} Spirituality and resilience in primary caregivers of oncology patients

^{ENG} Abstract: Introduction: The diagnosis of cancer affects not only the person who suffers from it, but also in a very direct way his or her environment and, in particular, the primary caregiver. Objective: The aim of this study is to investigate the correlation between the psychological variables resilience and spirituality in its three dimensions (intrapersonal, interpersonal and transpersonal), and to explore whether there is any relationship with the sociodemographic and clinical variables studied. Methodology: Sample of 55 primary caregivers of cancer patients. The instruments used to carry out the research were the Brief Resilience Scale (BRC-S), to assess resilience, and the SECPAL Spirituality Group Questionnaire (GES), to assess spirituality. Results: the positive relationship between the study variables was confirmed, being more relevant in the interpersonal and transpersonal dimensions of spirituality ($p < 0.001$). Conclusion: As in the

¹ Carmen Campos Urbanos, Psicóloga en centro privado. Guadalajara. España
E-mail: info@psicologiaencalma.com

² Tamara Redondo Elvira, Asociación Española Contra el Cáncer, Junta Provincial de Guadalajara. Guadalajara. España. ORCID: 0000-0001-5663-6663
E-mail: tamara.redondo@contraelcancer.es

* Dirección de correspondencia: Tamara Redondo Elvira. Av. Santa María Micaela, 106, Bajo, 19002 Guadalajara. España. E-mail: tamara.redondo@contraelcancer.es

scientific literature, there is a close relationship between resilience and spirituality, which applied to clinical practice could indicate that promoting both variables would be one of the key objectives in working with caregivers of cancer patients.

Keywords: Cancer, primary caregiver, spirituality, resilience

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Campos Urbanos C, Redondo Elvira T. Espiritualidad y resiliencia en cuidadores principales de pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2025; 22: 157-166. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.101693>

1. Introducción

El cáncer, enfermedad que supone una amenaza grave para la vida o integridad física, junto con los tratamientos posteriores al diagnóstico de este, son en sí, una experiencia estresante y traumática para los pacientes que la sufren y para las personas de su entorno, debido a la multitud de situaciones de incertidumbre y angustia a las que se expondrán durante el proceso de la enfermedad⁽¹⁾.

Ante el impacto del diagnóstico, comienza el afrontamiento de la enfermedad tanto para pacientes como para familiares, siendo fundamental la forma en que se afronta para sobrellevar este difícil proceso⁽²⁾.

En el caso de los familiares, el cuidador principal se encargará de los cuidados a todos los niveles, físico, social, emocional o espiritual, sin obtener una remuneración, y esto hará que surjan nuevas necesidades e incluso problemas de salud⁽³⁾.

En muchas ocasiones la prevalencia de ansiedad y depresión manifestada entre los cuidadores informales puede llegar a ser mucho más alta que la de los propios pacientes con cáncer, lo que probablemente refleje el deterioro del bienestar tanto físico como social⁽⁴⁾.

No en pocos casos, los cuidadores informales pueden llegar a experimentar trastornos del sueño y fatiga⁽⁵⁾, modifican sus hábitos alimentarios⁽⁶⁾, también reducen el tiempo dedicado al ocio y a las actividades sociales, lo que genera más problemas físicos y una disminución del bienestar social⁽⁷⁾. Además, el aislamiento social y la reducción de actividad física pueden derivar en un alto riesgo de ansiedad y depresión, lo que probablemente empeore sus síntomas físicos, así como su sensación de aislamiento⁽⁸⁾.

Debido a todo esto, cada vez con más frecuencia la literatura pone el foco en factores protectores que pueden modular la experiencia subjetiva de sobrecarga del cuidador⁽⁹⁾. Se pone especial atención en las habilidades de afrontamiento, ya que estrategias de afrontamiento evitativas están relacionadas con una mayor probabilidad de sufrir trastorno por estrés post-traumático⁽¹⁰⁾. También el estado de ánimo se revela como una variable capital puesto que los estudios reflejan que cuanto más bajo es, aumenta la percepción de sobrecarga subjetiva⁽¹¹⁾. También las variables de personalidad parecen desempeñar un rol en la percepción de sobrecarga, elevadas puntuaciones en neuroticismo se asocian con una mayor sensación de depresión y sobrecarga⁽¹²⁾.

En este contexto, la resiliencia es entendida como una forma de afrontamiento que favorece el uso de estrategias de naturaleza cognitiva y conductual para conseguir la adaptación y ajuste a la situación adversa o amenazante⁽¹³⁾; lo que la convertiría en un factor protector frente al riesgo de sobrecarga del cuidador principal del enfermo oncológico⁽¹⁴⁾.

Los elementos de la resiliencia, tal como se describen en el marco teórico predefinido de Bonanno⁽¹⁴⁾ se reflejan en las experiencias vividas por los cuidadores principales de pacientes con cáncer. El proceso de resiliencia comienza con el diagnóstico de la enfermedad y puede dar pie a un estado de bienestar mental, búsqueda de beneficios y crecimiento personal. El proceso siempre está influenciado por elementos pertenecientes al contexto personal como la historia individual, los antecedentes socioculturales, las características del cuidador y el comportamiento

de la red de apoyo. Se estima que un repertorio de estrategias de afrontamiento utilizado por los cuidadores en cada fase de la enfermedad modera el proceso de resiliencia⁽¹⁴⁾.

Hwang et al.⁽¹⁵⁾ abordaron la resiliencia en cuidadores de pacientes oncológicos desde un punto de vista cuantitativo y encontraron que la misma estaba asociada con un buen estado de salud, un mayor rendimiento del paciente y apoyo social.

Hay estudios que parecen avalar que la resiliencia puede ser un factor protector frente a la angustia mental y los principales problemas psicológicos, como son la depresión o la ansiedad, por ello entre otras cosas, existe un interés creciente en las intervenciones que promueven la resiliencia en el cuidado del cáncer⁽¹⁶⁾.

La resiliencia potencia la puesta en práctica de estrategias que ayudan a sobrellevar el cuidado del enfermo de cáncer como, por ejemplo, controlar los recuerdos de la situación adversa o traumática, integrar emoción y memoria, regular las emociones concernientes al trauma, controlar los síntomas negativos, mejorar la autoestima, comprender y aceptar el impacto del trauma y desarrollar un significado positivo de la situación que se está viviendo⁽¹⁷⁾.

Otro elemento protector importante en el proceso de afrontamiento del estrés y que puede ser de especial relevancia para los cuidadores de pacientes oncológicos es la espiritualidad, que sirve como elemento protector en las distintas fases del cuidado, aunque la atención actual es más prevalente al final de la vida⁽¹⁸⁾.

La espiritualidad se define como “el aspecto humano que hace referencia a la manera en que cada persona busca y expresa significado y como vive la conexión con el momento, consigo mismo, con los otros y con lo significativo y lo sagrado”⁽¹⁹⁾. Esta definición pone el foco en dos características fundamentales del concepto; su dinamismo, y, además, está basada en la relación de la persona con uno mismo, en la búsqueda de sentido (dimensión intrapersonal); con los demás, buscando armonía en las relaciones y amando y siendo amado (dimensión interpersonal) y con la trascendencia mediante la necesidad de pertenencia y esperanza, dimensión transpersonal⁽²⁰⁾.

La espiritualidad impacta positivamente sobre el bienestar emocional del sujeto^(21,22). El bienestar espiritual es considerado como un factor de protección con respecto al estrés que siente el cuidador en su tarea diaria, produciéndose una relación inversa entre el bienestar espiritual y la sobrecarga, cuando los cuidadores reportan altos niveles de bienestar espiritual⁽²³⁾.

En sintonía con lo anterior, la identificación de la espiritualidad junto con el uso de estrategias de afrontamiento por parte del cuidador arroja menores niveles de ansiedad y depresión, haciendo que la relación entre el paciente y el cuidador sea mejor⁽²³⁾.

Benito et al.⁽²⁴⁾, en referencia a la espiritualidad, afirma que esta ayuda a las personas a encontrar significados profundos en las vivencias adversas conformando una escala de valores donde diferenciar lo que es importante de lo que no lo es tanto y de esta forma tener sentimientos y actitudes más constructivos y positivos ante la vida, además de mejorar la autoestima, potenciar la compasión y aflorar sentimientos de esperanza.

La literatura parece indicar que la resiliencia y la espiritualidad son variables que muestran una estrecha relación, y que ambas podrían considerarse factores protectores frente al sufrimiento y que promueven el bienestar emocional⁽²¹⁾. Esta relación se explica en base a que una persona espiritual desarrolla fortalezas y acepta situaciones adversas mejor que una persona que no lo es, percibiendo el lado positivo a las adversidades, llegando a percibir una mejor calidad de vida, dándole un mayor valor a la misma, por el fuerte deseo de continuar en ella⁽²⁵⁾.

En un estudio llevado a cabo por Redondo et al.⁽²⁶⁾, en un entorno hospitalario con pacientes en cuidados paliativos, se pone de manifiesto que las correlaciones encontradas entre resiliencia y espiritualidad resultaron ser estadísticamente significativas y positivas. En otro estudio realizado por Gibbs et al.⁽²⁷⁾ sobre la espiritualidad y resiliencia en cuidadores de familiares que habían sufrido un accidente cerebrovascular, se llega a la conclusión de que estas variables son factores primordiales para el ajuste del cuidador. El estudio llevado a cabo por Krok et al.⁽²⁸⁾ sobre Resiliencia y significado religioso o espiritual en cuidadores cónyuges de enfermos con cáncer, concluyó con que el significado religioso o espiritual se relacionó con mayor esperanza y esta a su vez con una mayor resiliencia.

Son pocos los trabajos que han realizado una revisión sistemática de la literatura con relación al vínculo entre ambas variables y si hablamos de la influencia que esta relación pueda ejercer sobre el cuidador principal de pacientes oncológicos, todavía es más escasa.

Por todo ello, la presente investigación pretende evaluar si existe relación estadísticamente significativa entre la variable de espiritualidad en sus tres dimensiones (interpersonal, intrapersonal y transpersonal) y la variable de resiliencia en cuidadores de pacientes oncológicos, y al mismo tiempo explorar si existe alguna relación con las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas.

2. Método

El método desarrollado en este estudio se enmarca en el método descriptivo-analítico, correlacional y de corte transversal.

Participantes

La muestra para la realización del estudio fue recogida en la sede Provincial de Guadalajara de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Todos y cada uno de los 55 participantes cumplían los criterios de inclusión/exclusión: ser mayor de edad, cuidador principal de paciente oncológico y no estar diagnosticado de psicopatología grave, además de haber aceptado y firmado el consentimiento informado.

La muestra estuvo compuesta por 55 personas de edades comprendidas en un rango de entre 24 a 73 años ambos inclusive ($M=43,9$; $DT=12,84$), el 82,1% son mujeres, el 51,8% tiene un nivel educativo alto, 76,8% tienen pareja y en el momento de la recogida de datos ejercían o habían ejercido recientemente como cuidadores principales de pacientes oncológicos.

Variables e Instrumentos

Para medir Resiliencia en cuidadores, se utilizó **La Escala Breve de Estrategias Resilientes Brief Resilient Coping Scale, BRCS**⁽¹³⁾, versión adaptada al español por Limonero et al.⁽²⁹⁾. Consta de cuatro ítems con cinco categorías de respuesta tipo Likert, muy de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y muy en desacuerdo, cuyas posibles puntuaciones totales fluctúan entre 4 y 20. Según los autores, una puntuación igual o inferior a 13 indicaría baja Resiliencia, mientras que puntuaciones iguales o superiores a 17 serían indicativas de alta Resiliencia. La escala presenta una consistencia interna de 0,68 y una fiabilidad test-retest de 0,71. El BRCS es un cuestionario autoadministrado de fácil cumplimentación.

En el caso de la medición de Espiritualidad en este estudio, se utilizó el **Cuestionario del Grupo Espiritualidad SECPAL, 2014 (GES)**. Está compuesto por 8 ítems que evalúan la Espiritualidad como un factor general con tres dimensiones espirituales: intrapersonal (relaciones que la persona establece consigo misma a través de la búsqueda de sentido), interpersonal (relaciones con los demás buscando relaciones de armonía, pero también ante el conflicto con la reconciliación) y transpersonal (relación con el Otro, trascendiendo más allá de uno mismo). Las respuestas van de 0 "nada" a 4 "mucho". Los ítems 1,2,3 y 6 se corresponden con la dimensión intrapersonal, los ítems 4 y 5 se engloban dentro de lo interpersonal y los ítems 7 y 8 se corresponden con la dimensión transpersonal. La fiabilidad fue de un alfa de Cronbach de 0,715 en la variable global de Espiritualidad; 0,67 de fiabilidad en la dimensión Intra; 0,73 en la dimensión Inter y 0,57 en la dimensión Transpersonal⁽²⁴⁾.

Los datos para el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas fueron extraídos de la anamnesis e historia clínica.

Procedimiento

Se procedió a la recogida de datos de la muestra objeto de estudio, teniendo en cuenta y siguiendo el Reglamento General de Protección de datos y confidencialidad de 2018 y la Ley Orgánica 3/ 2018 y garantizando el cumplimiento de las normas éticas que deben regir cualquier estudio.

Previamente, todos y cada uno de los participantes de forma voluntaria e individual firmaron el consentimiento informado elaborado y basado en el presente estudio, después de comprobar que cumplían los criterios de inclusión para poder participar.

La recogida de datos necesarios para el análisis posterior se realizó de forma individual a través de un formulario realizado para el objeto de este estudio. De forma presencial y también online a través del mismo formulario adaptado a Google Forms.

Para la realización del análisis estadístico se han utilizado técnicas de estadística descriptiva y analítica haciendo uso del programa estadístico IBM SPSS versión 29.0.

2. Resultados

Se calculó media, máximo, mínimo y desviación típica para cada una de las variables cuantitativas. Se usaron medidas de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Posteriormente, se realizó un análisis para comprobar la relación entre variables sociodemográficas (edad, sexo, situación personal y nivel cultural), variables clínicas (fase de la enfermedad, conocimiento de diagnóstico y pronóstico) y las variables resiliencia y necesidades espirituales. También se analizó la correlación entre resiliencia y necesidades espirituales, utilizando para ello la correlación de Spearman, tras previamente comprobar si dichas variables se distribuyen normalmente con la prueba Shaphiro-Wilk.

Análisis descriptivo de las variables clínicas y psicológicas

En la tabla 1 se refleja el 46,4% son cuidadores de pacientes que están en tratamiento activo, el 80,4% conocen el diagnóstico. Sin embargo, sólo el 44,6% conocen el pronóstico.

Tabla 1. Descripción de las variables clínicas

		n	%
Conoce diagnóstico	si	45	3,6%
	no	2	80,4%
	Perdidos	9	16,1%
Conoce pronóstico	si	25	44,6%
	no	21	37%
	Perdidos	10	17,9%
Fase de la Enfermedad	Recién diagnos.	8	14,3%
	Tto. Activo	26	46,4%
	Supervivencia	4	7,1%
	Recidiva	7	12,5%
	Tto. Paliativo	2	3,6%
	Fallecido	5	8,9%
	Perdidos	4	7,1%

En la tabla 2 se muestran los resultados de las variables psicológicas. Los resultados obtenidos muestran puntuaciones altas en resiliencia (media = 13,84; *DT* = 3,207), ya que el punto de corte que marca una puntuación elevada se fija en 13^(13,29). En cuanto a la espiritualidad, las puntuaciones más altas se han obtenido nivel intrapersonal (media = 10,31; *DT* = 2,911), seguido del interpersonal (media = 6,64, *DT* = 2,336) y y del transpersonal (media = 5,02; *DT* = 5,650).

Tabla 2. Descripción de las variables psicológicas

Variables	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Resiliencia	13,84	3,207	7	18
Espiritualidad Intrapersonal	10,31	2,911	5	17
Espiritualidad Interpersonal	6,64	2,336	3	15
Espiritualidad Transpersonal	5,02	2,198	1	9
Espiritualidad Total	21,96	5,650	11	35

Análisis de las relaciones entre variables

Se realizó la prueba Shapiro-Wilk para comprobar la distribución normal de las variables Espiritualidad y Resiliencia (tabla 3).

Tabla 3. Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk

Shapiro-Wilk		Significación (p)
Resiliencia	0,929	0,003
Espiritualidad factor Total	0,979	0,446
Espiritualidad Intrapersonal	0,956	0,041
Espiritualidad Interpersonal	0,890	< 0,001
Espiritualidad Transpersonal	0,954	0,034

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que todas las variables, excepto la variable Espiritualidad Total (p=0,446) no siguen una distribución normal (p< 0,05).

De las variables sociodemográficas, la única que la correlación de Spearman fue de 0,285 (p=0,035).

En lo relativo a las variables clínicas no hay relaciones estadísticamente significativas, salvo en *conocer el diagnóstico* cuya correlación de Sperman con espiritualidad interpersonal fue de 0,320 (p=0,0281), y entre fase de tratamiento y resiliencia (-0,296; p=0,033).

Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones de espiritualidad y resiliencia

Espiritualidad	Total	Intrapersonal	Interpersonal	Transpersonal
Resiliencia	0,565	0,288	0,469	0,529
	p<0,001	p=0,033	p<0,001	p<0,001

En la tabla 4 se muestra que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre espiritualidad en todas sus dimensiones y resiliencia, poniendo de manifiesto que, a mayores puntuaciones en espiritualidad, mayores son las puntuaciones en resiliencia (tabla 4).

4. Discusión

El principal objetivo de este estudio fue analizar las variables psicológicas de espiritualidad y resiliencia y establecer la posible relación existente entre ellas en una muestra de cuidadores principales de pacientes oncológicos. Los resultados obtenidos durante la investigación reflejan una relación positiva y significativa entre ellas.

Estos hallazgos están en la línea de los estudios realizados con anterioridad por Krikorian y Limonero⁽³⁰⁾ y Monroe y Oliviere⁽³¹⁾, entre otros, donde se afirma la relación entre ambas variables.

Las dimensiones interpersonal y trascendental de la espiritualidad muestran una mayor correlación con resiliencia. Cabría decir que el ser humano, como ser social que es, tiene la necesidad de conectarse consigo mismo y con los demás (interpersonal) y de trascender (transpersonal), ampliando la comprensión sobre la vida y la muerte. Las personas que tienen un mayor desarrollo en la dimensión transpersonal pueden llegar a experimentar una transformación interna ante la enfermedad y la muerte de un ser querido, haciendo más llevadero el duelo por la pérdida de su vida anterior e incluso el duelo por la pérdida del ser querido en el peor de los casos⁽³²⁾.

En cuanto a las dimensiones intrapersonal, si bien es cierto que correlaciona en menor medida con la resiliencia, también lo hace de forma positiva y significativa. Esta dimensión está ligada a aspectos existenciales del ser humano como la búsqueda de significado, sentido, propósito y dirección en la vida⁽²¹⁾.

En los momentos de adversidad, como los vividos por el mero hecho de ser cuidador de un paciente oncológico, la búsqueda de sentido o significado, adquiere mayor relevancia con el desarrollo de la dimensión intrapersonal, resultando esta la más sobresaliente como pone de manifiesto el presente estudio, dado que los interrogantes sobre el sentido de la vida suelen ser más fuertes en momentos de sufrimiento agudo, como en este caso lo son la enfermedad y en muchos casos la muerte del paciente oncológico⁽³³⁾.

La Espiritualidad es una necesidad que se puede convertir en recurso una vez desarrollada, pudiendo llegar a favorecer el bienestar emocional, saliendo reforzados después de mantener contacto directo con el sufrimiento, haciéndose más resilientes ante la adversidad⁽²⁴⁾.

Cuidar pacientes con enfermedades que amenazan seriamente la vida puede acarrear una visión negativa en la percepción de bienestar y disminuir considerablemente la percepción de calidad de vida. En referencia a esto, estudios como los de Li et al.⁽³⁴⁾, han demostrado que la Resiliencia puede llegar a mejorar la calidad de vida percibida durante el proceso de enfermedad, consiguiendo una mejor adaptación y utilizar estrategias más activas de afrontamiento, siendo un factor protector frente al malestar emocional, reduciendo la sobrecarga, estados ansiosos y depresivos y potenciando las habilidades de cuidado, ayudando a favorecer la detección de necesidades de los pacientes.

En cuanto al objetivo relativo a las relaciones entre las variables principales y variables clínicas y sociodemográficas, los resultados van en sintonía con la literatura científica previa donde se encuentran diferencias en función del nivel de estudios, presentando mayores niveles de resiliencia en personas con estudios superiores o universitarios como se puede comprobar en diferentes estudios realizados en pacientes oncológicos, aunque la evidencia es menor en el caso de cuidadores^(35,36). Lo mismo ocurre con la fase de tratamiento, en función del momento de enfermedad en el que se encuentre su familiar, tendrá menos dificultad en poner en marcha estrategias de afrontamiento resiliente⁽³⁷⁾. En cuanto a la dimensión interespiritual, esta correlaciona con el conocimiento del diagnóstico, ya que el conocimiento del mismo, además de permitir la toma de decisiones por parte del paciente, favorece un acompañamiento efectivo por parte del cuidador adecuándose a las necesidades derivadas de la enfermedad en todos los ámbitos⁽³⁸⁾.

Limitaciones

El presente trabajo también muestra una serie de limitaciones a tener en cuenta como el que sea un estudio de carácter transversal, puesto que el proceso de cuidar en este tipo de pacientes es incierto y normalmente largo, no teniendo las mismas percepciones y necesidades en cada uno

de los momentos del proceso de enfermedad. Y también en lo relativo al tamaño muestral, que es reducido, por lo que se necesitaría una muestra mayor para poder replicar los resultados de la presente investigación.

5. Conclusiones

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto la necesidad de trabajar, crear y potenciar técnicas de intervención desde una perspectiva multidisciplinar, que incorpore la cobertura de las necesidades espirituales y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento resiliente, desde una perspectiva biopsicosocial, para cubrir las necesidades del cuidador principal del paciente oncológico, proporcionándole herramientas que le sean útiles para encontrar sentido a la experiencia de cuidar, favoreciendo su bienestar emocional y potenciando una mejor adaptación y afrontamiento⁽¹⁴⁾.

En base a lo expuesto anteriormente, se puede concluir la estrecha relación que existe entre las variables resiliencia y espiritualidad en todas sus dimensiones en cuidadores de pacientes oncológicos, pudiéndose convertir en elementos protectores frente al malestar psicológico derivado de la enfermedad.

6. Referencias bibliográficas

1. Bragado C. Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología* 2009;6:27-41. [Acceso el 3 de enero de 2025]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220327B>
2. Méndez J. *Psicooncología infantil: Situación actual y líneas de desarrollo futuras*. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2005;10:33-52. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.9316>
3. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin* 2010;60:317-39. <http://dx.doi.org/10.3322/caac.20081>
4. Geng H-M, Chuang D-M, Yang F, Yang Y, Liu W-M, Liu L-H, et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2018;97(39):e11863. <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000011863>
5. Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou W-YS, Shelburne N, et al. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer* 2016;122:1987-95. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.29939>
6. Price MA, Webb PM. Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Support Care Cancer* 2011;19:1949-56. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-010-1035-2>
7. Rowland C, Hanratty B, Pilling M, van den Berg B, Grande G. The contributions of family caregivers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures. *Palliat Med* 2017;31:346-55. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216317690479>
8. Shin JY, Lim J-W, Shin DW, Kim SY, Yang H-K, Cho J, et al. Underestimated caregiver burden by cancer patients and its association with quality of life, depression and anxiety among caregivers. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;27(2):e12814. <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12814>
9. Valencia MC, Meza-Osnaya G, Pérez-Cruz I, Cortes-Campero N, Hernández-Ovalle J, et al. Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Rev Cal Asis* 2017; 32: 221-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003>
10. Richardson AE, Morton RP, Broadbent EA. Illness perceptions and coping predict post-traumatic stress in caregivers of patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer* 2016;24:4443-50. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-016-3285-0>
11. Kim H-H, Kim S-Y, Kim J-M, Kim S-W, Shin I-S, Shim H-J, et al. Influence of caregiver personality on the burden of family caregivers of terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care* 2016;14:5-12. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951515000073>
12. Lautenschlager NT, Kurz AF, Loi S, Cramer B. Personality of mental health caregivers. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:97-101. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835997b3>

13. Sinclair VG, Wallston KA. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 2004;11:94-101. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191103258144>
14. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol* 2004;59:20-8. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
15. Hwang IC, Kim YS, Lee YJ, Choi YS, Hwang SW, Kim HM, et al. Factors associated with caregivers' resilience in a terminal cancer care setting. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35:677-83. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909117741110>
16. Trevino KM, Prigerson HG, Maciejewski PK. Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psychooncology* 2018;27:243-9. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4441>
17. Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics* 2011;52:199-209. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.036>
18. Spatuzzi R, Giulietti MV, Ricciuti M, Merico F, Meloni C, Fabbietti P, et al. Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: A comparative study. *Death Stud* 2017;41:276-83. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2016.1273277>
19. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 2014;17:642-56. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
20. Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J, Benito E. cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. *Med Paliat* 2014;21:62-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.003>
21. Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa* 2013; 22: 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.002>
22. Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R, Fernández-Pascual MD, Albaladejo-Blázquez N, Priego Valladares M. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2015;22: 60-8. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.008>
23. Newberry AG, Choi C-WJ, Donovan HS, Schulz R, Bender C, Given B, et al. Exploring spirituality in family caregivers of patients with primary malignant brain tumors across the disease trajectory. *Oncol Nurs Forum* 2013;40:E119-25. <http://dx.doi.org/10.1188/13.ONF.E119-E125>
24. Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Monografía SECPAL*. N° 6. 2014. 1-289.
25. Leiva-Bianchi M, Arellano C, Pardo E, Ahumada F, Amaya I, Antúnez S, et al. Diseño y validación de una escala de impacto psicosocial de los desastres (SPSI-D). *Rev Sociol* 2019; 34: 21-42. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2019.53141>
26. Redondo T, Ibáñez C, Barbas S. Espiritualmente resilientes: Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica Salud* 2017; 28: 117-21. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>
27. Gibbs LAL, Anderson MI, Simpson GK, Jones KF. Spirituality and resilience among family caregivers of survivors of stroke: A scoping review. *NeuroRehabilitation* 2020;46:41-52. <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-192946>
28. Krok D, Zarzycka B, Telka E. The religious meaning system and resilience in spouse caregivers of cancer patients: A moderated mediation model of hope and affect. *J Relig Health* 2021;60: 2960-76. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01278-7>
29. Limonero J, Tomás-Sábado J, Castro JF, Romero MJG, Herrero AA. Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicol Conduct Behav Psychol* 2012;20:183-96.
30. Krikorian A, Limonero JT. An integrated view of suffering in palliative care. *J Palliat Care* 2012;28:41-9. <http://dx.doi.org/10.1177/082585971202800107>
31. Monroe B, Oliviere D, editors. *Resilience in palliative care: Achievement in adversity*. Cary, NC, Estados Unidos de América: Oxford University Press; 2007

32. Soto-Rubio A, Perez-Marin M, Rudilla D, Galiana L, Oliver A, Fombuena M, et al. Responding to the spiritual needs of palliative care patients: A randomized controlled trial to test the effectiveness of the Kibo therapeutic interview. *Front Psychol* 2020;11. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01979>
33. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning-centered group psychotherapy intervention in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002; 10: 272-8. <https://doi.org/10.1007/s005200100289>
34. Li Y, Wang K, Yin Y, Li Y, Li S. Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2018;88:79–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011>
35. Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, et al. Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017;18:2545–50. <http://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.9.2545>
36. Padilla-Ruiz M, Ruiz-Román C, Pérez-Ruiz E, Rueda A, Redondo M, Rivas-Ruiz F. Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. *Support Care Cancer* 2019;27:1279–86. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4612-4>
37. Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs* 2014;18:93–101. <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.93-101>
38. Bermejo J, Villaceros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa* 2013;20:49–59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002>