

Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos



Tamara Redondo-Elvira^{a,*}, Celia Ibañez-del-Prado^b y Sara Barbas-Abad^c

^a AECC Pontevedra, España

^b Hospital Virgen de la Poveda, SERMAS, Madrid, España

^c Fundación Aladina, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de febrero de 2017

Aceptado el 20 de septiembre de 2017

On-line el 25 de octubre de 2017

Palabras clave:

Resiliencia

Espiritualidad

Cuidados paliativos

Bienestar emocional

Keywords:

Resilience

Spirituality

Palliative care

Emotional well-being

R E S U M E N

El objetivo de este artículo es analizar la relación entre la resiliencia y la espiritualidad en sus tres dimensiones (intrapersonal, interpersonal y transpersonal) y al mismo tiempo explorar si existe alguna relación con las variables sociodemográficas estudiadas. Se trata de un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal en pacientes que se encuentran ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Las variables analizadas son la resiliencia (BRCS) y la espiritualidad (GES). La muestra constaba de 105 pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos, con una media de edad de 65.88 años ($DT=5.51$), 53.3% mujeres, de los cuales 86.7% tenían un diagnóstico oncológico, 56.2% sin pareja, 59% nivel cultural bajo y PPS medio de 54.2. Los resultados muestran una relación entre resiliencia y espiritualidad: con GES total y GES intra al 57.7%, con GES inter al 36.3% y con GES trans al 37.3% (correlación de Pearson). Se concluye que hay una correlación positiva entre resiliencia y espiritualidad, en consonancia con los estudios previos. La mayor correlación se produce con su dimensión intrapersonal.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Spiritually resilient. Relationship between spirituality and resilience in palliative care

A B S T R A C T

This paper aims to analyse if there is a positive relationship between resilience and spirituality in its three dimensions (intrapersonal, interpersonal, and transpersonal) as shown in previous studies. At the same time, it explores if there is a relationship with sociodemographic variables.

A descriptive, correlational, cross-sectional study in hospitalised palliative patients was carried out. Resilience (BRCS) and Spirituality (GES) were used as variables. A sample of 105 hospitalised palliative patients was chosen, of which the average age was 65.88 and 53.3% were women. Oncologic diagnosis = 86.7%, low cultural level = 59%; single = 56.2%, and average PPS = 54.2. Concerning the relationship between resilience and spirituality, GES total and GES intra was 57.7%, GES inter 36.3%, and GES trans 37.3% (Pearson's correlation). As a conclusion, there is a positive correlation between resilience and spirituality, as it was proved in previous studies. However, the intrapersonal dimension has the strongest relationship with resilience.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Desde los cuidados paliativos se marca como objetivo principal el alivio del sufrimiento de la persona, entendiendo dicha experiencia de una manera global desde la que se integra lo físico, lo psicológico, lo social y lo espiritual. Como ya nos recordó Cassel

* Autor para correspondencia. C/ Arenal 136, 6^oJ. 36201 Vigo (España).
Correo electrónico: tamara-redondo@hotmail.com (T. Redondo-Elvira).

(1982), “los que sufren, no son los cuerpos, son las personas”. El sufrimiento es un hecho percibido como una amenaza, en el que la persona valora que no se tienen suficientes recursos para hacerle frente. Por ello, en la situación de final de la vida pondremos el foco en la potenciación de recursos de afrontamiento para poder enfrentarse con éxito a dicha amenaza, favoreciendo la capacidad de control del paciente (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1996).

El afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual que se desarrolla para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que desbordan los recursos de una persona (Lazarus y Folkman, 1984). Existe un afrontamiento centrado en el problema y un afrontamiento centrado en la emoción, siendo el primero más adaptativo y útil en el manejo de la situación estresante, ya que correlaciona positivamente con la resiliencia, que a su vez favorece el bienestar de la persona (Tomás, Sancho, Melendez y Mayordomo, 2012). Sin embargo, no todas las personas tienen percepción de sufrimiento, aunque sientan que sus objetivos vitales se han visto frustrados, por lo que en estos casos se consideraría que son resilientes (Van Hooft, 1998). Todo lo anterior nos llevaría a concluir que la resiliencia sería un elemento protector frente al sufrimiento.

La resiliencia se definiría como la capacidad para sobreponerse a las situaciones adversas. Dicho concepto se ha ampliado y modificado a lo largo del tiempo, recibiendo numerosas definiciones. Actualmente, la resiliencia se considera un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que permite sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido de ella (Arrebola-Moreno et al., 2014; Forés y Grané, 2008; Ungar, 2011).

En el contexto de una enfermedad crónica o de fase final de la vida las personas se enfrentan a diferentes situaciones estresantes que suponen una pérdida para ellos, como es la pérdida de la autonomía, de la salud, por no hablar de la amenaza mayor para el ser humano, la muerte. En esta situación la resiliencia cobraría una relevancia capital, ya que es uno de los factores que contribuye al bienestar subjetivo (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero, 2012).

La resiliencia se ha estudiado en pacientes de cáncer (Wenzel et al., 2002), diabetes (Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger, 2008), EPOC (Vinaccia y Quiceno, 2011), artritis reumatoide (Wright, Zutra y Going, 2008) y VIH (Bletzer, 2007; Rabkin, Remien, Katoff y Williams, 1993). En todos ellos, se considera a este constructo como un elemento protector frente a los diferentes eventos estresantes derivados de ellas, tales como el diagnóstico o pronóstico.

Otro elemento que cobra especial relevancia en la situación de final de la vida es la espiritualidad (Poseck et al., 2006), que ha sido suficientemente reconocida como un factor que favorece la salud y el bienestar emocional (Puchalski, Dorff y Hendi, 2004; Puchalski et al., 2009), llegando incluso a identificarse con un mejor control sintomático y con niveles más bajos de ansiedad y depresión (Barreto et al., 2015).

De hecho, entre los factores implicados en el morir en paz, tiene también un lugar destacado, en concreto tiene un peso sustancial el considerar que su vida ha tenido sentido (Bayés, 2004).

La espiritualidad en este contexto no está únicamente relacionada con la experiencia religiosa, sino que está en sintonía con la vertiente más existencial del ser humano y en la situación de final de la vida este cuestionamiento aparece y debe ser abordado (Barbero, 2002).

La espiritualidad muestra tres ejes fundamentales derivados de las relaciones que la persona establece consigo misma a través de la búsqueda de sentido (dimensión intrapersonal), con los demás, buscando relaciones de armonía, pero también ante el conflicto con la reconciliación (dimensión interpersonal) y con el otro, trascendiendo más allá de uno mismo (dimensión transpersonal) (Benito, Barbero y Dones, 2014).

El ser humano como ser único con varias dimensiones, física, psicológica, social y espiritual, puede presentar carencias que generen una serie de necesidades que habrán de ser cubiertas, lo que especialmente ocurre en el ámbito de la espiritualidad cuando el ser humano se enfrenta a la finitud de su vida (Benito, Barbero et al., 2014). Por ello, el papel del psicólogo cobra una importancia fundamental a la hora de guiar a la persona en la búsqueda de satisfactores de necesidades espirituales que aparezcan en esta situación (Breibart, 2002; Barreto y Soler, 2003).

En base a todo lo anterior, en el presente trabajo se busca analizar la relación entre la resiliencia y la espiritualidad en sus tres dimensiones (intrapersonal, interpersonal y transpersonal) en pacientes que se encuentran ingresados en una unidad de cuidados paliativos y al mismo tiempo explorar si existe alguna relación con las variables sociodemográficas estudiadas.

Método

Diseño

Se trata de un diseño descriptivo-correlacional de corte transversal, en un total de 105 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Poveda.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 49 hombres y 56 mujeres con una media de edad de 65.88 años ($DT=5.51$) y un rango de edad entre 23 y 91 años. El 86.7% tenían un diagnóstico oncológico, 56.2% no tenían pareja, 59% tenían un nivel cultural bajo y presentaban PPS medio de 54.29.

El estudio se inició una vez conseguida la aceptación de los comités éticos de los centros del protocolo de estudio y la obtención del consentimiento informado de los 105 pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Criterios de inclusión en la muestra: pacientes mayores de 18 años en situación de final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos.

Criterios de exclusión de la muestra: a) pacientes con deterioro cognitivo moderado o severo descrito en historia clínica y b) pacientes que presentaran delirium en el momento de la evaluación.

Instrumentos

La recogida de información se efectuó mediante una batería de evaluación compuesta por distintos instrumentos de medida en formato heteroaplicado. Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y administrado por el psicólogo, que además de los datos demográficos referentes al sexo, edad, situación personal, nivel cultural, información de diagnóstico y pronóstico, PPS y percepción de muerte próxima incluía los siguientes instrumentos:

Escala Breve de Estrategias Resilientes [Brief Resilient Coping Scale, BRCS] (Sinclair y Wallston, 2004), versión adaptada al español por Limonero et al. (2010). 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 tributarias de alta resiliencia. La escala presenta una consistencia interna de .68 y una fiabilidad test-retest de .71. El BRCS es un cuestionario autoadministrado de fácil cumplimentación.

Cuestionario GES, compuesto por 8 ítems que evalúan la espiritualidad como un factor general con tres dimensiones espirituales:

Tabla 1
Descriptivos de las variables principales

	Media	DT	Máx.	Min.
Resiliencia	113.09	4.252	20	4
GES total	19.95	6.005	4	32
GES intra	10.59	3.407	2	16
GES inter	5.81	2.090	0	10
GES trans	3.59	2.046	0	8

Nota. GES: Cuestionario de Espiritualidad; GES intra: dimensión intrapersonal; GES inter: dimensión interpersonal; GES trans: dimensión transpersonal.

intrapersonal, interpersonal y transpersonal. Las respuestas van de 0 nada a 4 mucho (Benito, Oliver et al., 2014).

Procedimiento

El protocolo aplicado fue desarrollado por el equipo de investigación. Para ello se incluyeron las preguntas destinadas a recoger los datos sociodemográficos, los cuatro ítems de la Escala Breve de Estrategias Resilientes (BRCS) y los ocho ítems del Cuestionario GES. Se llevó a cabo un pilotaje de 7 sujetos, que no se encuentran incluidos en el estudio, lo que permitió modificaciones hasta llegar al protocolo actual. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows.

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, PPS, situación personal y nivel cultural) y las variables resiliencia y necesidades espirituales. También se analizó la correlación entre resiliencia y necesidades espirituales, utilizando para ello la correlación de Pearson.

Los resultados obtenidos muestran puntuaciones medias-altas en resiliencia (media = 13.09, DT = 4.252), ya que el punto de corte que marca una puntuación elevada se fija en 13 (Limonero et al., 2010; Sinclair y Wallston, 2004). En cuanto a la espiritualidad, las personas de nuestra muestra puntúan más alto en el nivel intrapersonal (media = 10.59, DT = 3.407), seguido del interpersonal (media = 5.81, DT = 2.090) y por último del transpersonal (media = 3.59, DT = 2.046) (ver tabla 1).

Tabla 2
Correlaciones entre las variables sociodemográficas, resiliencia y espiritualidad

	Edad	PPS	Nivel cultural	Situación personal
Resiliencia	-.101 (.304)	.062 (.533)	.318 (.001)	-.090 (.359)
GES total	.71 (.474)	.190 (.053)	.227 (.020)	.216 (.027)
GES intra	.156 (.112)	.173 (.770)	.231 (.018)	.259 (.008)
GES inter	.075 (.449)	.079 (.421)	.254 (.009)	.219 (.025)
GES trans	-.152 (.120)	.169 (.084)	.007 (.941)	-.039 (.691)

Nota. GES: Cuestionario de Espiritualidad; GES intra: dimensión intrapersonal; GES inter: dimensión interpersonal; GES trans: dimensión transpersonal. Las cifras entre paréntesis aluden a los valores *p*, de los cuales los que están en negrita son significativos estadísticamente.

Tabla 3
Correlaciones entre resiliencia y espiritualidad

	GES total	GES intra	GES inter	GES trans
Resiliencia	.577 (.000)	.577 (.000)	.363 (.000)	.373 (.000)

Nota. GES: Cuestionario de Espiritualidad; GES intra: dimensión intrapersonal; GES inter: dimensión interpersonal; GES trans: dimensión transpersonal. Las cifras entre paréntesis aluden a los valores *p*.

Variables sociodemográficas

De todas las variables sociodemográficas, en el caso de la resiliencia solo correlaciona con nivel cultural (.318, *p* = .001), correlación que es positiva (ver tabla 2).

En cuanto a la espiritualidad, correlaciona con nivel cultural (.227, *p* = .020), como también dos de sus dimensiones, intrapersonal (.231, *p* = .018) e interpersonal (.254, *p* = .009). También existe una correlación positiva en el caso de la situación personal (.216, *p* = .027) y al igual que ocurría con la variable anterior ésta también se da en la dimensión intrapersonal (.259, *p* = .008) e interpersonal (.219, *p* = .025).

Resiliencia y espiritualidad

Tal y como se puede observar en la tabla 3, todas las correlaciones encontradas entre resiliencia y espiritualidad han resultado ser estadísticamente significativas y positivas, .577 (*p* = .000) entre resiliencia y GES total, así como con su dimensión intrapersonal, .363 (*p* = .000) con la interpersonal y .373 (*p* = .000) con la transpersonal (véase tabla 3)

Discusión

El objetivo principal del presente estudio ha sido buscar si existe una correlación positiva entre la espiritualidad y resiliencia, lo cual ha quedado plenamente demostrado y confirma lo hallado en otros estudios (Krikorian y Limonero, 2012; McClain, Rosenfeld y Breitbart, 2003; Monroe y Oliviere, 2007), que tradicionalmente han sostenido la estrecha relación entre ambos, pudiendo incluso llegar a afirmar que la espiritualidad sería un factor de la resiliencia.

Sin embargo, en este caso el que presenta una relación más estrecha es la dimensión intrapersonal, frente a otros estudios donde a la cabeza se encuentra la dimensión interpersonal (Barreto et al., 2015).

En los momentos del final de la vida, la búsqueda de sentido expresada a través de la dimensión intrapersonal es la más relevante. Las cuestiones sobre el sentido de la vida suelen aflorar en momentos límite, de intenso sufrimiento, como son la enfermedad o la cercanía de la muerte. En este contexto, el psicólogo es el encargado de facilitar ese proceso de búsqueda, en el que se trata de dotar de sentido a la propia vida, pero también al sufrimiento de ese momento, revisando su biografía y elaborando un legado para sus allegados (Breitbart, 2002). La espiritualidad es una necesidad que una vez cubierta se convierte en recurso, favoreciendo el bienestar emocional y propiciando la salida reforzada de ese contacto

directo con el sufrimiento, haciéndose resilientes (Benito, Barbero et al., 2014; Frankl, 1996).

Tampoco podemos olvidar que, aunque en menor medida, las dimensiones interpersonal y la trascendental también juegan un papel relevante ya que correlacionan positivamente con resiliencia. El ser humano muestra la necesidad de conectarse con los demás y de trascender; esta conexión, junto a la necesidad de sentido, tiene una repercusión positiva que les facilita el afrontamiento de toda la problemática asociada a la enfermedad y el final de la vida (Leipold y Greve, 2009; Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega, 2011).

Este trabajo confirma la necesidad de seguir trabajando en relación a la espiritualidad desde los equipos de cuidados paliativos, pues de esta manera obtenemos un doble objetivo, dotar de sentido la experiencia del paciente, favoreciendo su bienestar emocional y potenciando sus recursos de afrontamiento, ayudando a salir fortalecido de este momento (Serrano-Parra et al., 2012; Benito, Barbero et al., 2014).

En cuanto al segundo objetivo, al estudiar la relación de la espiritualidad y la resiliencia con las variables sociodemográficas resulta llamativa la ausencia de relación de la resiliencia con la edad y con el PPS (*Palliative Performance Scale*), que recoge la situación funcional del paciente, o con la situación personal, contraviniendo los resultados hallados en otras investigaciones (Benito, Barbero et al., 2014). No obstante, sí correlaciona positivamente con el nivel cultural, lo que parece indicar que el grado de conocimientos si determinaría la capacidad para salir fortalecido de una situación de estas características.

La espiritualidad, tanto en su dimensión total como en la intrapersonal e interpersonal, correlaciona positivamente con nivel cultural y situación personal. Poseer estudios universitarios y tener pareja favorece el bienestar espiritual. Sin embargo, al igual que pasa con el constructo resiliencia, la edad y la situación funcional del paciente no parece estar relacionada con ninguno de los niveles espirituales. Por lo tanto, estos resultados podrían indicar que el desarrollo y la potenciación del apoyo social y relaciones sociales podrían repercutir favorablemente en el bienestar espiritual, aunque sería necesario seguir investigando a este respecto.

La realización de este trabajo presenta ciertas limitaciones derivadas de la dificultad de la investigación con este tipo de pacientes, en la que los protocolos han de ser breves y lo más sencillos posible, los tiempos de supervivencia están limitados y los delirium son frecuentes. Es difícil tener acceso a muestras amplias.

Este artículo deja la puerta abierta a seguir estudiando estas dos variables, tan relevantes en el ámbito de los cuidados paliativos, para entender la relación existente tanto con el bienestar emocional como con el apoyo social, así como aplicar este conocimiento teórico a la mejora de la intervención psicológica en pacientes que se encuentran en la fase final de la vida.

Extended Summary

There are no many situations as stressful as facing our own death, what cause a deep suffering. But, is a person capable of overcoming such a complicated moment? Are they even able to transcend?

The aim of this study is to analyze if hospitalized palliative patients can achieve a resilient coping, and if resiliency is related to spirituality showing up at the end of life.

This paper attempts to find out if there is a positive relationship between resilience and spirituality in its three dimensions (intrapersonal, interpersonal, and transpersonal) as previous research has tried to confirm. At the same time, it explores if there is a relationship with sociodemographic variables.

Method

This descriptive, correlational and cross-sectional study was conducted at a hospital with a Palliative Care Program (Hospital Virgen de la Poveda).

The sample was composed of 105 patients, 49 men and 56 women, with an average age of 65.88 years old ($SD=5.59$), ranging between 23 and 41, 86.7% with an oncologic diagnosis, 56.2% with no partner, 59% with low cultural level and the average PPS score is 54.2.

Approval was obtained from the Ethics Committee of Hospital. Additionally, an informed consent was required.

Inclusion criteria consisted of the following requirements: being over 18 years old, patients at an end-of-life situation, hospitalized in a palliative care unit, diagnosis of advanced disease, and having a personal interview and signed an informed consent form.

Exclusion criteria consisted of severe or moderate cognitive impairment, rejection of involvement, and bad general condition.

Participants answered an anonymous questionnaire provided by psychologists. This included data related to sex, age, personal situation, cultural level, information about diagnosis and prognosis, PPS, and near death perception.

Besides, two assessment tools were included: the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) and the GES Questionnaire.

Results

Initially, descriptive statistics were completed: the mean and standard deviation were calculated for quantitative variables and the absolute and relative frequencies for qualitative variables. Following this, it was performed an analysis to test links between sociodemographic variables and resilience and spirituality, using Pearson's correlation.

Outcomes show medium-high scores in resilience (mean = 13.09, $SD=4.252$), cut-off point is set at 13. Regarding spirituality, participants score higher on the intrapersonal dimension (mean = 10.59, $SD=3.407$), followed by the interpersonal dimension (mean = 3.81, $SD=2.090$), and the transpersonal dimension (mean = 3.59, $SD=2.040$).

Among sociodemographic data, only cultural level correlates significantly with resilience ($.318, p=.001$), and it is also the case of spirituality ($.227, p=.020$) and two of its dimensions, intrapersonal ($.231, p=.018$) and interpersonal ($.254, p=.009$).

Spirituality has a significant correlation with personal situation ($.216, p=.027$), exactly the same that happened to intrapersonal dimension ($.259, p=.008$) and interpersonal dimension ($.219, p=.025$).

Every correlation between resilience and spirituality is positive and significant, $.577 (p=.000)$ between resilience and GES total, just like resilience and intrapersonal dimensions, $.363 (p=.000)$ with interpersonal dimension, and $.373 (p=.000)$ with transpersonal dimension.

Discussion

The main purpose of the current study was to analyze if there is a link between spirituality and resilience, as it has been proved by previously published studies. This hypothesis has been confirmed by the present study; we could even say spirituality will be a factor of resilience.

However, we found out the closest relationship between the intrapersonal dimension and resilience, while other studies find a strongest link with the interpersonal dimension.

At the end of life, "search of meaning" is very relevant and is expressed through the intrapersonal dimension. These questions

about meaning appear at limiting situations, such as illness or death, where suffering plays an important role.

Within this context, the psychologist is the person in charge of facilitating this search by giving meaning to life and current suffering. To achieve so, a biographical work and leaving a legacy to their beloved ones are needed.

Spirituality is a need, which once is met becomes a resource, promoting well-being and the capacity to overcome the situation, resilience.

Among the limitations of the current study, the brief and simple assessment instruments can be mentioned, so the most valid instruments are not always chosen.

Future research is needed to keep on studying these two variables, which are so relevant for palliative care programs, in order to understand the relationship with emotional well-being and social support. In this way, we could achieve an improvement in psychological interventions with palliative patients.

Conflicto de intereses

Las autoras de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Arrebola-Moreno, A. L., García, R. R., Catena, M. A., Marfil-Álvarez, R., Melgares-Moreno, R. y Ramírez-Hernández, J. A. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 111–119.
- Barbero, J. (2002). El apoyo espiritual en cuidados paliativos. *Lab Hosp*, 263, 5–24.
- Barreto, M. P. y Soler, M. C. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*, 1, 135–146.
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A. y Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22, 25–32.
- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina clínica*, 122, 539–541.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina paliativa*, 3, 114–121.
- Benito, E., Barbero, J. y Dones, M. (2014). Espiritualidad en Clínica Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. *Monografías SECPAL*, 6.
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C. y Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47, 1008–1018.
- Bletzer, K. V. (2007). Identity and resilience among persons with HIV: a rural African American experience. *Qualitative Health Research*, 17, 162–175.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive care in cancer*, 10, 272–280.
- Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306, 639–645.
- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca de sentido* (sexta edición). Barcelona: Herder.
- Forés, A. y Granés, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Krikorian, A. y Limonero, J. T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *Journal of palliative care*, 28, 41.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Press.
- Leipold, B. y Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14, 40–50.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Aradilla, A. V. J., Gómez-Romero, M. J., Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2010). Adaptación española de la Brief Resilient Coping Scale: análisis preliminar. *Medicina Paliativa*, 17, 65.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gomez-Romero, M. J. y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología conductual*, 20(1), 183.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B. y Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet*, 361(9369), 1603–1607.
- Monroe, B. y Oliviere, D. (2007). *Resilience in palliative care: achievement in adversity*. New York: Oxford University Press.
- Poseck, V., Baquero, B. C. y Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27, 40–49.
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E. y Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in geriatric medicine*, 20, 689–714.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J. y Pugliese, K. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12, 885–904.
- Rabkin, J. G., Remien, R., Williams, J. B. y Katoff, L. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Psychiatric Services*, 44, 162–167.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 11(2), 24–49.
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of psychological research*, 5(2), 49–57.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94–101.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C. y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16, 317–326.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 1–17.
- Van Hoof, S. (1998). Suffering and the goals of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1, 125–131.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. *Terapia psicológica*, 29(1), 65–75.
- Wenzel, L. B., Donnelly, J. P., Fowler, J. M., Habbal, R., Taylor, T. H., Aziz, N. y Cella, D. (2002). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology*, 11, 142–153.
- Wright, L. J., Zautra, A. J. y Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 70.
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C. y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British journal of health psychology*, 13, 311–325.