

Adrián Salido Cubero

Revisión sistemática sobre intervenciones en resiliencia y propuesta de aplicación en personas drogodependientes

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Diana Ribes Fortanet

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción teórica..... | 4 |
| 1.1. La resiliencia..... | 4 |
| 1.1.1. Definición conceptual..... | 4 |
| 1.1.2. Factores de resiliencia..... | 7 |
| 1.1.3. Cómo desarrollarla..... | 8 |
| 1.2. La drogodependencia..... | 11 |
| 1.2.1. Uso, abuso y dependencia de drogas..... | 11 |
| 1.2.2. Trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias..... | 11 |
| 1.2.3. Factores de riesgo y de protección..... | 12 |
| 1.2.4. Tipos de tratamiento..... | 13 |
| 1.3. La resiliencia en las personas drogodependientes..... | 14 |
| 1.3.1. ¿Puede una persona drogodependiente ser resiliente?..... | 14 |
| 1.3.2. Efectividad de las intervenciones para fomentar la resiliencia..... | 16 |
| 1.3.3. Características de las intervenciones en resiliencia..... | 17 |
| 2. Objetivos..... | 18 |
| 2.1. General..... | 18 |
| 2.2. Específicos..... | 18 |
| 3. Metodología..... | 18 |
| 4. Resultados..... | 20 |
| 5. Discusión..... | 33 |
| 6. Conclusiones..... | 37 |
| 7. Bibliografía..... | 39 |

Quisiera expresar mi agradecimiento a las siguientes personas:

A mi tutora del Trabajo de Fin de Grado, la Dra. Diana Ribes Fortanet, por su profesionalidad, implicación y ayuda en la elaboración del presente trabajo

A mi familia, por el gran apoyo y confianza que siempre han depositado en mi

A los profesores del grado y compañeros, por hacer que el paso por la etapa universitaria haya sido satisfactorio

1. Introducción teórica

1.1. La resiliencia

1.1.1. Definición conceptual

La resiliencia podría definirse brevemente como la capacidad que poseen algunas personas para superar la adversidad (Cynthia et al., 2019). No obstante, todas las personas afrontan adversidades en algún momento de sus vidas y no por ello se las considera resilientes. Aquellos estresores que en condiciones normales y para la mayoría de las personas no generan desadaptación ni resultados negativos, quedan excluidos del concepto resiliencia. Contrariamente, aquellas situaciones que sí suponen un riesgo importante para las personas y en condiciones normales desestabilizarían a la mayoría, si son superadas con éxito, estaríamos hablando de resiliencia.

Por lo tanto, parece ser que dicha capacidad está al alcance de unos pocos, personas que en situaciones críticas tienen respuestas excepcionales, individuos que sin saber cómo ni por qué consiguen superar con éxito circunstancias adversas, en las que la probabilidad de resurgir y salir beneficiados es más bien mínima.

Siguiendo con el planteamiento anterior, se puede llegar a considerar esta capacidad como algo innato, que forma parte de los sujetos desde el nacimiento, una cualidad intrínseca presente en un porcentaje reducido de personas. No obstante, es un error determinar la resiliencia como una capacidad innata simplemente por el hecho de ser observada en una pequeña parte de la población, pues nada impide que ésta haya sido desarrollada por esos mismos individuos en base a la experiencia vivida (capacidad adquirida). De hecho, lo más probable es que la resiliencia constituya una confluencia de ambos factores, es decir, puede ser una característica innata pero también estar sujeta a las influencias ambientales (Silverstein et al., 2013).

Existen dudas acerca de si tan solo una pequeña parte de la población presenta elevados niveles de resiliencia. Parece ser que la resiliencia es más común de lo que se pensaba y que la gran mayoría de personas expuestas a eventos traumáticos o pérdidas no exhiben perfiles de síntomas crónicos y

muestran el tipo de funcionamiento sano y adaptativo característico del proceso resiliente (Bonanno, 2008).

La resiliencia psicológica es la habilidad de adaptarse positivamente a las condiciones vitales. Se trata pues, de un proceso dinámico que evoluciona con el tiempo e implica un tipo de funcionamiento adaptativo que nos permite enfrentar dificultades para volver a un estado de equilibrio inicial, resurgir y salir beneficiados favoreciendo el crecimiento personal (Sisto et al., 2019).

No siempre ha sido considerada como un proceso dinámico, también existe la visión de que cada individuo tiene cierto grado de capacidad resiliente que es estable a lo largo de toda su vida. De ser así, la intervención psicológica no debería enfocarse nunca en aumentar los niveles de resiliencia, ya que los beneficios de dichas intervenciones vendrían a ser mínimos o más bien nulos. También conviene preguntarse qué significa adaptarse positivamente, ya que a veces se define a los niños resilientes como aquellos que son vulnerables a desarrollar una psicopatología pero que aun así logran ser competentes (Osborn, 1990).

Entender la adaptación positiva como ausencia de psicopatología es arriesgado, pues se puede llegar a excluir de la categoría resiliente a todo aquel que padezca un trastorno mental. La presencia de psicopatología puede ser un indicador de desadaptación y, por lo tanto, una persona que como consecuencia de una situación adversa desarrolle un trastorno mental puede no tener una gran capacidad resiliente (si la tuviera tal vez no habría desarrollado el trastorno). Pero que esta afirmación sea plausible no implica que sea necesariamente cierta, de hecho, puede considerarse la presencia de psicopatología como una nueva situación adversa y darse la oportunidad de que el individuo demuestre su verdadero nivel de resiliencia mediante la adaptación positiva, valga la redundancia.

Se pueden diferenciar tres tipos de resiliencia: primaria, secundaria y terciaria. La primera está relacionada con el mantenimiento del equilibrio y de la salud, promueve el bienestar y la prevención de enfermedades relacionadas con el estrés. La segunda permite afrontar exitosamente enfermedades y crisis, restableciendo así la salud (p.ej.: curarse de un trastorno mental). Finalmente, la tercera implica la habilidad de una persona

para vivir felizmente, de forma creativa y productiva a pesar de sufrir una o más enfermedades crónicas (Babic et al., 2020).

Es innegable que las personas son más o menos capaces en la resolución de conflictos y en afrontar las adversidades, que aquello para lo que a una persona puede significarle poco esfuerzo superar (o tal vez lo afronte de una forma rápida y eficaz), para otra pueda ocasionarle graves dificultades e incluso no pueda nunca lograr salir hacia delante. De eso trata la subjetividad y la individualidad personal, que son siempre muy relevantes en el quehacer psicoterapéutico. Cada persona tiene una vida e historia, con una forma de entender el mundo y los problemas, con recursos y experiencias vividas que influirán en gran medida en cómo afrontamos la adversidad. También cabe recordar que hasta las personalidades más resilientes pueden descompensarse y desarrollar un trastorno mental cuando el estrés excede los límites de dureza y sobrepasa las capacidades de adaptación (Babic, y otros, 2020).

La psicología como ciencia no debe quedarse en ese punto, sino que tiene que atender a la objetividad, aquello que puede aplicarse a todas las personas independientemente de la vida que hayan tenido. Se trata de investigar sobre aquello que es eficaz y útil para cualquier situación, sin dejar de tener en cuenta, como se ha comentado en el párrafo anterior, la subjetividad de cada uno. Así pues, investigar sobre la resiliencia implica preguntarse en primer lugar qué es la resiliencia, qué características tiene un individuo resiliente y si es posible que una persona con baja capacidad resiliente pueda llegar a desarrollarla mediante una intervención psicológica, en cuyo caso habrá que preguntarse cómo.

En resumen, podría decirse que la resiliencia se fundamenta en tres aspectos: la necesidad de que exista un riesgo significativo o adversidad considerable en la vida de la persona, la presencia de recursos para superar dicha adversidad y finalmente, la adaptación positiva o evitación de resultados negativos (Windle, 2011).

1.1.2. Factores de resiliencia

En el apartado anterior, se han identificado algunos puntos clave para entender mejor en qué consiste la resiliencia. Se ha explicado que tiene una parte innata y otra adquirida, que es más común de lo que nos pensamos, que la presencia de adversidad es necesaria para poder ponerla en práctica, que la adaptación positiva es clave para considerar a un individuo como poseedor de dicha capacidad. A continuación, se detallarán algunos de los factores que promueven un tipo de funcionamiento resiliente.

Se pueden categorizar los factores de resiliencia en cuatro niveles distintos: individual, familiar, organizacional o de unidad y comunitario. En el primer nivel se destacan el afrontamiento, afecto y pensamiento positivos, el ser realista, el control comportamental, el ejercicio físico y el altruismo. En el segundo, los lazos emocionales, la comunicación, el soporte, la cercanía, las habilidades parentales y la adaptabilidad. En el nivel organizacional, se encuentran el clima de mando positivo, el trabajo en equipo y la cohesión. En el cuarto y último nivel (comunitario), se encuentran el sentido de pertenencia, la cohesión, el conexionismo y la eficacia colectiva (Meredith et al., 2011).

Tener proyectos y metas, la creatividad, el optimismo, el perdón, la independencia, el sentido del humor, la espiritualidad y meditación, la actividad física, centrarse en el presente, la introspección y aprendizaje, redescubrirse, llegar a un punto de inflexión, el apoyo social informal y el apoyo social formal son factores de resiliencia. (López Fuentes & Calvete, 2016) También lo son un estilo de afrontamiento positivo, la percepción de apoyo social, el optimismo, la percepción de autoeficacia y un estilo de afrontamiento conductual (Veer et al., 2021).

Las diferentes escalas para evaluar la resiliencia también muestran de forma operacionalizada los factores que constituyen este constructo. La escala de resiliencia para adultos entiende la resiliencia como un fenómeno multidimensional que se basa en los siguientes factores: competencia personal, competencia social, estructura personal, coherencia familiar y apoyo social (Friborg et al., 2003).

La escala de resiliencia de 14 ítems está compuesta por dos factores: en primer lugar, la competencia personal (autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y en segundo, la aceptación de uno mismo y de la vida (adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable) (Sánchez et al., 2015).

La escala de resiliencia de Connor-Davidson compuesta por 25 ítems mide cinco factores de resiliencia: 1) tener altos estándares, tenacidad y competencia; 2) manejar las emociones negativas, confiar en el propio instinto y beneficios percibidos del estrés; 3) tener una actitud positiva ante el cambio y relaciones seguras; 4) control percibido; y finalmente, 5) la espiritualidad (Velickovic et al., 2020).

No obstante, recientes investigaciones destacan la paradoja de la resiliencia, manifestando que los correlatos de los resultados resilientes son generalmente tan modestos que no es posible identificar con precisión quién será resiliente ante un potencial trauma y quién no (Bonanno, 2021).

Finalmente, las características individuales y los comportamientos relacionados con la resiliencia son el optimismo, la reestructuración cognitiva, un estilo de afrontamiento activo, el apoyo social, el humor, el ejercicio físico, el comportamiento prosocial y el mindfulness. Disponer de un sistema moral o de un sistema de valores interno también suele ser bastante común entre los individuos resilientes (Wu et al., 2013).

1.1.3. Cómo desarrollarla

Las formas en que una persona puede desarrollar esta capacidad son muy variadas, sobretodo teniendo en cuenta que las situaciones adversas son también muy heterogéneas. Desde la página web de la Asociación Americana de Psicología (APA), se exponen diez formas de construir resiliencia, que son: establecer relaciones, evitar ver las crisis como obstáculos insuperables, aceptar que el cambio es parte de la vida, moverse hacia las propias metas, llevar a cabo acciones decisivas, buscar oportunidades para descubrirse a uno mismo, cultivar una visión positiva de uno mismo, mantener las cosas en perspectiva, nunca perder la esperanza y cuidar de uno mismo (Comas et al., 2011).

Una revisión sistemática sobre intervenciones y programas de entrenamiento en resiliencia muestra que existe una variación considerable en el tipo de entrenamiento llevado a cabo. Sin embargo, la mayoría incluían una combinación de psicoeducación, mindfulness, habilidades cognitivas, habilidades de autocompasión, practicar la gratitud, entrenamiento en regulación emocional, relajación y establecimiento de metas (Joyce et al., 2018).

A parte de cómo desarrollarla, es conveniente considerar el cuándo, es decir, el momento en el que se encuentra la persona. No es lo mismo entrenar la resiliencia en presencia de adversidad, que en su ausencia y de forma preventiva. Aun así, en ambos casos se tiene que atender a la historia de vida individual, para personalizar al máximo el entrenamiento y que tenga la mayor validez ecológica posible. A modo de ejemplo, en el caso del factor de resiliencia "expresión de emociones positivas" puede que sea más beneficioso trabajarlo en una persona de forma preventiva que en otra que haya sufrido una pérdida de un familiar querido, en cuyo caso tal vez sea más beneficioso trabajar sobre otro aspecto. No entienda el lector que una persona que pasa por un proceso de duelo no sea capaz de experimentar emociones positivas o no pueda beneficiarse de dicha intervención, sino que el entrenamiento en resiliencia debe adaptarse a cada persona atendiendo a sus necesidades.

El desarrollo de la resiliencia se basa en la contribución los siguientes procesos mentales: 1) temperamento, inteligencia y habilidades cognitivas; 2) la calidad de las experiencias pasadas; y 3) factores ambientales más amplios (seguridad de la comunidad, calidad de las escuelas, actividades reguladoras) (Babic et al., 2020).

Una cuestión importante es si la psicología debería fomentar programas específicos para el desarrollo de la resiliencia, dada la relevancia de su significado para el tratamiento de todo tipo de problemáticas, incluidos los trastornos mentales. En una revisión sistemática sobre intervenciones psicológicas para fomentar la resiliencia en estudiantes de atención sanitaria, se concluye que el nivel de evidencia es bajo en relación con el efecto de los entrenamientos en resiliencia, es decir, muy pocos estudios mostraron un

impacto de las intervenciones en resiliencia a corto y medio plazo (Kunzler et al., 2020).

Un ejemplo de intervención para favorecer la resiliencia es el programa de Resiliencia-Inteligente (trad. del inglés, "*Smart-Resilience program*"), que fue aplicado a 72 estudiantes de secundaria de la provincia de Bali y se fundamenta en cinco estadios: encontrar las fortalezas, manejarse a uno mismo, actuar sobre el potencial, recordar a Dios y finalmente, conseguir tus sueños. Los resultados indicaron efectividad en el incremento de la resiliencia de los estudiantes (Suranata et al., 2019).

Recientemente, se aplicó una intervención psicoeducativa en una muestra de 80 participantes, de los cuales el 68,8% eran mujeres y un 31,1% hombres, con una media de edad de 36 años, mediante el "Programa Resiliencia y Bienestar: quédate en casa" durante el confinamiento y la desescalada debidos a la pandemia del Covid-19, que concluyó mejoras en resiliencia, bienestar psicológico, síntomas de estrés postraumático, facilidad para llevar la pandemia y estado de ánimo (Sánchez-Hernández et al., 2020).

Experimentar emociones positivas es un recurso que favorece el desarrollo del proceso resiliente (Greco et al., 2007).

Un estudio sobre los diferentes programas que se aplican desde el Departamento de Defensa de los Estados Unidos para promover la resiliencia psicológica en las fuerzas militares concluyó que la mayoría de los programas enfatizaban uno o más de los factores de resiliencia siguientes: pensamiento positivo, afrontamiento positivo, control comportamental, afecto positivo y entrenamiento realista. También se incorporaban el clima de mando positivo y el trabajo en equipo (nivel organizacional), la comunicación y soporte familiar (nivel familiar) y el sentimiento de pertenencia (nivel comunitario) (Meredith et al., 2011).

1.2. La drogodependencia

1.2.1. Uso, abuso y dependencia de drogas

Se considera que una persona ha hecho uso de una droga cuando ha consumido una sustancia (generalmente de forma esporádica), pero no se producen consecuencias negativas en el individuo o no son apreciables. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. Finalmente, la dependencia consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas bajo las cuales el consumo adquiere la máxima prioridad para el individuo (Becoña et al., 2011).

Existen dos tipos de dependencia, la física y la psicológica. En la primera, se dan los fenómenos de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. En la segunda, se dan un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico (generalmente conocido como "craving") que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar (Fernández et al., 2018).

1.2.2. Trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. En los trastornos inducidos por sustancias se consideran los cuadros de intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (APA, 2014).

Las diez sustancias a considerar en el diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias son: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

1.2.3. Factores de riesgo y de protección

Según Becoña (2002) existen factores de riesgo y de protección de la drogodependencia para cada uno de los siguientes cinco tipos de factores: familiares, comunitarios, de los compañeros e iguales, escolares y finalmente, individuales. En relación a los factores familiares, existe un riesgo para el consumo de drogas si se da un consumo por parte de los padres, si hay baja supervisión familiar, baja disciplina familiar, conflictos familiares, abuso físico, entre otros. En cambio, si hay apego familiar, creencias saludables y claros estándares de conducta, altas expectativas parentales, un sentido de confianza positivo y una dinámica familiar positiva, será más difícil que se llegue a una situación de consumo.

Algunos de los factores de riesgo comunitarios son la privación social y económica, la desorganización comunitaria, la baja percepción social de riesgo de cada sustancia, la disponibilidad y accesibilidad a las drogas, etcétera. Como factores protectores, destacan un sistema de apoyo externo positivo, oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad, el descenso de la accesibilidad de la sustancia y normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. Los factores de riesgo de los compañeros e iguales son las actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo, tener compañeros consumidores, conducta antisocial o delincuencia temprana, etc. Los factores de protección son el apego a los iguales no consumidores, resistencia a la presión social, no ser fácilmente influenciado por los iguales, entre otros (Becoña, 2002).

Como factores de riesgo escolares se encuentran un bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela, conducta antisocial en la escuela. Y como factores de protección, escuela de calidad, oportunidades para la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, clima institucional positivo. Finalmente, los factores de riesgo individuales se distinguen en biológicos, psicológicos y conductuales y rasgos de personalidad. Contrariamente, los de protección serían el desarrollo de habilidades sociales, orientación social positiva, poseer aspiraciones de futuro, buen rendimiento académico e inteligencia y resiliencia, entre otros (Becoña et al., 2011).

1.2.4. Tipos de tratamiento

Para que un tratamiento con personas drogodependientes resulte efectivo, se tienen que considerar una serie de principios clave. 1) La adicción es una enfermedad compleja pero tratable, que afecta al funcionamiento cerebral y al comportamiento; 2) No existe un tratamiento único que sea adecuado para todos los usuarios; 3) El tratamiento debe ser accesible cuando el usuario lo necesite; 4) Se tienen que atender las múltiples necesidades de la persona, no tan solo la drogodependencia; 5) Permanecer en el tratamiento por un período adecuado de tiempo es fundamental; 6) Las terapias conductuales, incluyendo el asesoramiento individual, familiar o grupal son las más habituales en el tratamiento de la drogodependencia; 7) La medicación puede ser un elemento a tener en cuenta para muchos usuarios, especialmente cuando se combina con otras terapias de tipo conductual; 8) El tratamiento debe ser revisado y modificado continuamente según las necesidades de la persona; 9) Prestar atención a los casos de patología dual; 10) La desintoxicación por sí sola no resuelve la drogodependencia; 11) El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo; 12) El uso de drogas durante el tratamiento debe ser debidamente monitorizado; 13) Se deben tener en cuenta otras enfermedades como la presencia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o la hepatitis de tipos B y C (National Institute on Drug Abuse, 2018).

Las intervenciones psicológicas para el tratamiento de las drogodependencias son muy diversas. Así pues, se utilizan recursos como la entrevista motivacional, las técnicas cognitivo-conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas, las técnicas de autocontrol, la terapia de manejo del estrés, la terapia sistémica, el abordaje de refuerzo comunitario, la terapia de grupo, etcétera (Fernández et al., 2018).

En relación con el fenómeno de la patología dual (presencia de adicción y de otro trastorno mental) la situación actual en los diferentes países europeos muestra que el tratamiento de los trastornos mentales y de los trastornos de consumo de sustancias se proporciona en diferentes servicios, que en la mayoría de los casos corresponden a distintas redes asistenciales, lo que

dificulta la accesibilidad al tratamiento para estos individuos (Torrens et al., 2017).

1.3. La resiliencia en las personas drogodependientes

1.3.1. ¿Puede una persona drogodependiente ser resiliente?

La resiliencia puede medirse a través de escalas o cuestionarios que indican el grado en que un individuo será capaz de superar la adversidad y salir beneficiado. No obstante, puede haber un indicador más fiable que cualquier escala de medida administrada y se basa en la observación de la persona en el contexto real. De hecho, así comenzaron las primeras investigaciones sobre la resiliencia, observando a sujetos desarrollarse con éxito a pesar de las adversidades (Werner, 1993).

Contrariamente al significado de adaptación positiva, la mayoría de las personas drogodependientes viven situaciones que no logran superar por sí solas, ya sea en el afrontamiento de su adicción o bien en cualquier otro ámbito de sus vidas (laboral, social, familiar, económico). Por lo tanto, aunque la presencia de adversidad evidentemente se encuentre presente, no lo están ni los recursos necesarios ni tampoco los resultados positivos de adaptación que cabría esperar para llegar a considerarse como parte de un proceso resiliente.

Entonces, ¿quiere eso decir que una persona drogodependiente no es resiliente? En realidad, sabemos que existen personas que superan adversidades, pero cabe preguntarse si existen adversidades que superan a las personas, situaciones que hasta las personas más resilientes no serían capaces de afrontar positivamente.

La investigación que la psicología positiva lleva realizando los últimos años se centra en las fortalezas y habilidades de las personas, que se pueden trabajar y adquirir para favorecer un funcionamiento adaptativo. Conocer las características que definen a una persona resiliente o los factores de resiliencia resulta muy útil si se quiere desarrollar la resiliencia en aquellas personas que todavía no la poseen. Sin embargo, esto puede llevar a la concepción de que las personas que no han podido superar las adversidades (como sería el caso de la drogodependencia) lo han hecho por no ser

resilientes, más que por el tipo de problemática ante la que se han encontrado. Mas nada demuestra que la explicación válida sea la primera en lugar de la segunda. Es cierto que ante una adversidad particular (póngase de ejemplo tener una familia desestructurada) las personas reaccionarán de formas distintas y algunas conseguirán adaptarse mejor que otras. Este resultado de adaptación puede causarlo el ser más o menos resiliente, pero también la presencia de otras adversidades añadidas, las experiencias que haya vivido la persona anteriormente, las relaciones que tenga con la familia y amigos, etcétera.

Por lo tanto, es posible que un individuo que haya logrado adaptarse y salir reforzado de dicha situación no obtuviese tal logro si se encontrase en la misma situación personal de otro que finalmente haya acabado desarrollando algún tipo de psicopatología o se muestre desadaptado. Las personas drogodependientes se ubicarían en el límite inferior de la población en cuanto a factores de riesgo se refiere, por lo tanto, la presencia de numerosas adversidades hace todavía más difícil la valoración de estas personas como resilientes. Lo que sí puede considerarse es el hecho de que sea muy relevante el concepto de resiliencia en el ámbito de las drogodependencias, pues trabajar sobre dicha capacidad podría ser clave para la superación de todas las dificultades presentes en las vidas de esas personas.

De entre todas las investigaciones sobre intervenciones en resiliencia, no se ha encontrado ninguna que haya sido aplicada en el colectivo drogodependiente. En una revisión sobre la resiliencia y el consumo de drogas, se concluye que la resiliencia es de gran relevancia para el campo de las drogodependencias, específicamente para el desarrollo de programas preventivos basados en la resiliencia (Becoña, 2007). Por lo tanto, es evidente que ser resiliente puede prevenir el desarrollo de una adicción, pero parece que el concepto deja de tener sentido cuando una persona ya es adicta. En ningún caso se contempla la posibilidad de desarrollar la resiliencia durante el proceso adictivo. Los profesionales sanitarios trabajan para que la persona supere su adicción y resuelva sus conflictos psíquicos, mas no parece que tengan ninguna intención de fomentar la resiliencia de estos pacientes. El proceso de estigmatización que lleva asociada la drogadicción puede haber

influido en las creencias de los profesionales acerca de qué tipo de intervención resulta más beneficiosa para el colectivo, por lo tanto, es fundamental realizar una revisión que permita analizar qué tipo de intervenciones en resiliencia se aplican en la actualidad y comprobar si éstas pudieran ser utilizadas en el colectivo en cuestión.

El concepto de resiliencia puede llegar a ser restrictivo y dejar a los consumidores de drogas fuera del ámbito de investigación. La literatura científica entiende el consumo de sustancias como la antítesis de la resiliencia, considerándose una estrategia de afrontamiento desadaptativa. Además, las escalas de resiliencia que a menudo son creadas para las poblaciones blancas de clase media pueden no captar características significativas para grupos más marginados, resultando en puntuaciones constantemente más bajas para los pacientes que usan drogas (Rudzinski et al., 2017).

En resumen, se destaca la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a fomentar la resiliencia de las personas drogodependientes. A pesar del creciente número de investigaciones en psicología positiva, los descubrimientos y hallazgos obtenidos no han llegado a aplicarse todavía de forma notable en el campo de las drogodependencias (Krentzman, 2013).

1.3.2. Efectividad de las intervenciones para fomentar la resiliencia

Se han realizado numerosas revisiones sistemáticas sobre intervenciones dirigidas al desarrollo de la resiliencia en diversos colectivos de personas. La mayoría de ellas van dirigidas a evaluar la efectividad de dichas intervenciones. Según Dray et al., (2017) determinaron la eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión a corto plazo en un grupo de escolares mediante intervenciones universales centradas en la resiliencia, siguiendo una aproximación desde el modelo cognitivo conductual.

Sin embargo, algunos estudios refieren poca confianza en que las intervenciones en resiliencia tengan efectos elevados en la mejora de la resiliencia y otros resultados de salud mental (Leppin et al., 2014).

En el caso de pacientes con cáncer, se concluye que tales intervenciones deberían estar siempre accesibles a aquellos que estén motivados e interesados, eso sí, de forma paralela a un tratamiento de tipo somático. (Ludolph et al., 2019) Y en el caso de los padres de niños con cáncer, la evidencia indica que dichas intervenciones resultan efectivas y recomienda a los profesionales de la salud incorporarlas en su práctica profesional (Luo et al., 2021).

Finalmente, las intervenciones resilientes basadas en la combinación de la terapia cognitivo conductual y las técnicas de mindfulness parecen tener un impacto positivo en la resiliencia individual (Joyce et al., 2018).

1.3.3. Características de las intervenciones en resiliencia

Sean o no efectivas, las intervenciones para el fomento de la resiliencia son muy variadas en función del caso clínico sobre el que se esté trabajando, por lo que se destaca la necesidad de realizar un estudio sobre las características comunes que comparten todas ellas. No se han encontrado revisiones que determinen ciertos aspectos clave para el aumento de la resiliencia, más allá de intervenir sobre los factores de resiliencia, pues se asume que cada estudio propone un tratamiento diferente atendiendo a las necesidades particulares de cada muestra de participantes.

Por lo tanto, conviene analizar las diferentes estrategias por las que cada intervención pretende lograr el aumento de la resiliencia. En muchos estudios, se desarrolla la resiliencia a través de técnicas como por ejemplo la terapia cognitivo conductual, el mindfulness, etc., en cuyo caso surge la duda razonable de si deben considerarse tales tratamientos como intervenciones en resiliencia, pues no han sido creados para tal propósito, independientemente de los resultados de adaptación que obtengan los individuos.

2. Objetivos

2.1. General

Sintetizar qué estrategias y métodos se utilizan para fomentar la resiliencia en personas expuestas a estresores con el fin de determinar qué componentes son fundamentales en el desarrollo de esta en personas drogodependientes

2.2. Específicos

Determinar el efecto de las intervenciones sobre la resiliencia y los instrumentos de evaluación utilizados.

Investigar el tipo de seguimiento llevado a cabo después de la aplicación de la intervención en resiliencia.

3. Metodología

Se ha elaborado una pregunta PICO para establecer el tema de la revisión. Pregunta PICO: ¿Qué estrategias y técnicas se utilizan en los programas de fomento de la resiliencia en personas expuestas durante o después a un estresor?

Los participantes eran personas que se encontraban durante o después de la exposición a un estresor (trastorno mental, cáncer o enfermedad crónica, padres de hijos con enfermedades, etcétera). La intervención que se les aplicaba era una intervención en resiliencia. En este caso no había comparación con otra intervención. Los "outcomes" o resultados fueron un aumento de la resiliencia a través de escalas u otro tipo de evaluación.

Los criterios de inclusión de los artículos científicos se basaron en el tipo de estudio, que debían ser ensayos de control aleatorizados debido al mayor grado de validez experimental; el idioma de publicación, únicamente se incluían en castellano e inglés; el objetivo del estudio, que debía consistir en fomentar el desarrollo de la resiliencia durante o después de la exposición a

un estresor mediante una intervención en resiliencia (si era una intervención de cualquier otro tipo que provocaba un aumento en resiliencia era excluida); la población, que debían ser personas expuestas a algún tipo de estresor (trastornos mentales, cáncer, enfermedades crónicas, estresores en el trabajo, etc.); los resultados, que tenían que indicar una evaluación de la resiliencia (escala de resiliencia para adultos (ERes), escala de resiliencia 14 ítems (RS-14), escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), escala de resiliencia de Wagnild e Young (ER)) y salud mental (escalas de depresión, ansiedad, etc.) y otras formas de evaluación de la resiliencia; la fecha de publicación, que se aceptaban artículos en el plazo desde el 01/01/2012 hasta 01/05/2022. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron que los participantes fueran menores de 18 años, que el momento de la intervención fuera previo a la exposición a un estresor y cualquier fecha del estudio que estuviera fuera del rango de tiempo indicado anteriormente.

Las bases de datos científicas que se utilizaron en la revisión fueron Pubmed, Dialnet, PsycArticles y Scielo. Las palabras utilizadas en la búsqueda fueron: "intervención en resiliencia" en la base de datos Dialnet y "resilience intervention" para el caso de Pubmed, PsycArticles y SciELO (no se utilizaron operadores booleanos).

La figura 1 que se encuentra en el apartado de resultados muestra el diagrama de flujo de la revisión con el total de artículos incluidos (n=16).

4. Resultados

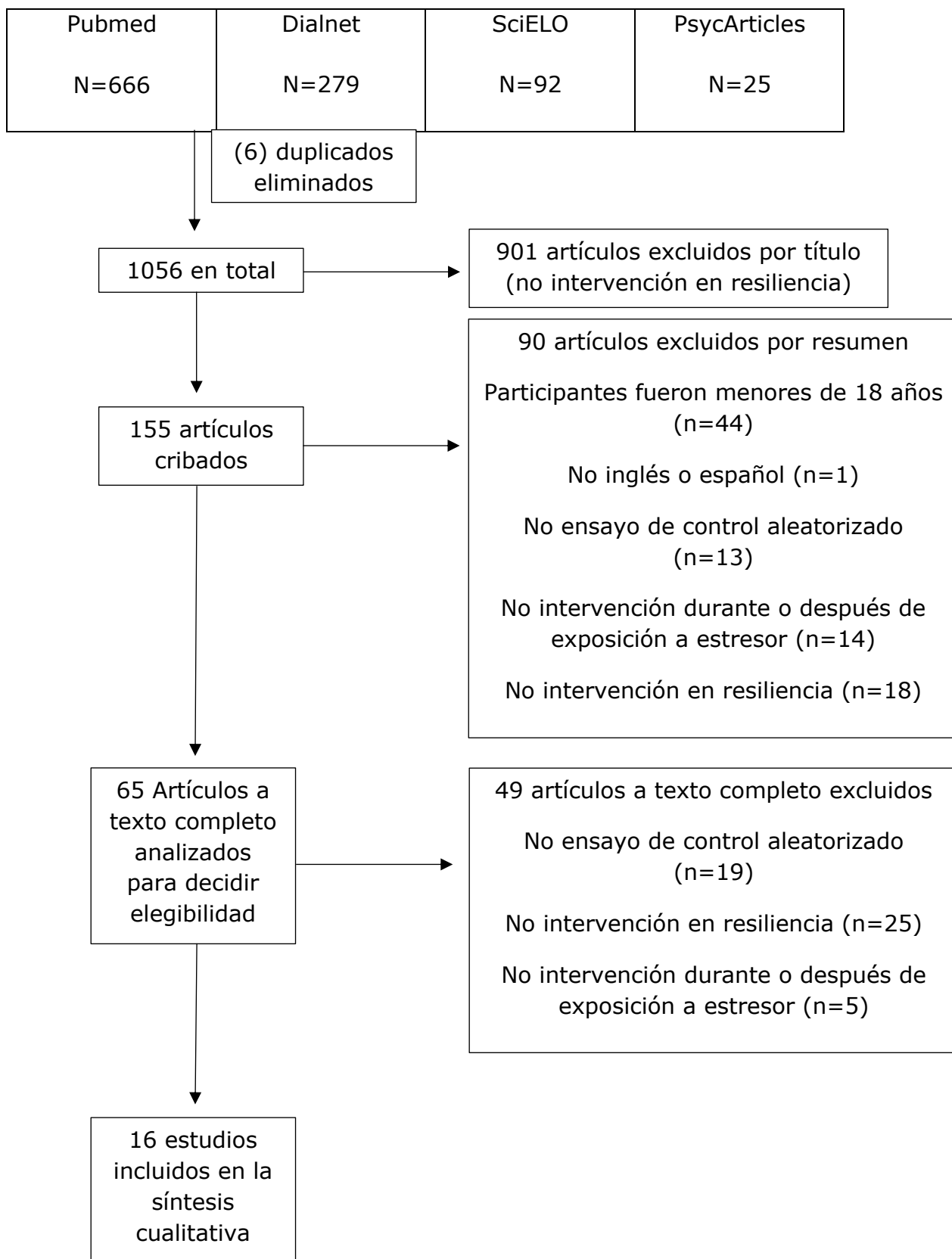


Ilustración 1. Diagrama de flujo de la revisión sistemática sobre intervenciones en resiliencia

La búsqueda identificó un total de 1062 artículos. Los criterios de exclusión incluyeron participantes que fueran menores de 18 años (n=44), idioma diferente al inglés o el español (n=1), no ensayos de control aleatorizados (n=32), no intervención en resiliencia (n=944) y no intervención durante o después de la exposición a un estresor (n=19). El proceso de cribado encontró 16 artículos que reunían los criterios de inclusión; se muestran agrupados en la tabla 1.

Los estudios incluidos describían intervenciones en las que los participantes estaban o habían estado expuestos a algún tipo de estresor, quedando al margen todos aquellos estudios en los que la intervención se realizaba previamente a la exposición al estresor (de tipo preventiva).

En conjunto, fueron 3160 los participantes de los estudios. En seis de ellos, la adversidad presente estaba relacionada con el lugar de trabajo. En cinco eran los padres de niños con trastorno autista, cáncer, trastornos del desarrollo y del aprendizaje quienes recibían la intervención en resiliencia. Finalmente, el resto de los estudios trataban de lesiones, trastornos, violencia o experiencias adversas que habían sufrido directamente los participantes (lesión cerebral traumática, trastorno psicótico, esclerosis múltiple, experiencias adversas sufridas en la infancia).

La duración de las intervenciones estuvo comprendida entre cuatro horas para la más breve y veinticinco horas la más extensa. En cuanto a la evaluación de la resiliencia, la mayoría de los estudios utilizó una escala de resiliencia. Sin embargo, hubo algunos que se basaron en otras medidas relacionadas con la salud mental (depresión, ansiedad, burnout, etc.).

Una síntesis narrativa que exploró las relaciones entre los estudios identificó que las estrategias para fomentar la resiliencia centraban su atención en aspectos tales como el manejo del estrés, las técnicas cognitivo-conductuales, la psicoeducación, la identificación de fortalezas y habilidades y el afrontamiento activo. A continuación, se muestran los principales resultados obtenidos de la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de la revisión sistemática sobre intervenciones en resiliencia.

| Autor; año de publicación | Tipo de adversidad presente | Participantes; Tamaño de la muestra | Nombre de la intervención | Descripción de la intervención | Duración | Instrumentos de evaluación* | Seguimiento | Resultados del estudio |
|-------------------------------|-----------------------------|--|--|---|---|--|-------------|---|
| Kreutzer, et al., 2018 | Lesión cerebral traumática | Pacientes ambulatorios con lesión cerebral traumática; 160 Grupo control en lista de espera | Resilience and adjustment intervention | Programa estructurado que se basa en la educación, construcción de habilidades y soporte psicológico. Consiste en trabajar sobre la regulación emocional, el manejo del estrés, la resolución de problemas y la comunicación. Contenido de las sesiones: 1) Entender los efectos de la lesión; 2) Implicación activa en la recuperación; 3) Establecer metas razonables; 4) Resolver problemas de forma efectiva; 5) Control del estrés, ansiedad y otras emociones intensas; 6) Comunicarse de forma efectiva y construir relaciones y 7) Mantener una perspectiva positiva. Se utilizaron las técnicas siguientes: replanteamiento, validación, reflexión empática y normalización. También técnicas cognitivo-conductuales. | 7 sesiones de 1h (5 semanas) | CD-RISC, MPAI-4, 13-item stress test, BSI-18 | Sí (3 m) | Incremento significativo en resiliencia en comparación al grupo control |
| Rehder, et al., 2021 | Burnout y uso de alcohol | Oficiales de policía; 61 Grupo control (sin intervención) | Entrenamiento de resiliencia basado en mindfulness | El entrenamiento en meditación permite adquirir conciencia de los patrones cognitivos, comportamentales y afectivos que tienden a interactuar de forma automática, llegando a provocar en algunos casos respuestas de agresividad o abuso de alcohol. | Sesiones semanales de 2h (8 semanas) + clase de 6h en | Oldenburg Burnout Inventory, PROMIS | Sí (3 m) | Reducción del burnout y subsecuente reducción del uso de alcohol |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|---|---------------------------|----------|---|
| | | | | Ejercicios didácticos y experienciales: escáner corporal, meditaciones caminando y sentados, movimiento consciente y discusión en grupo. | la 7a semana | | | |
| Mealer, et al., 2014 | Estresores relacionados con la UCI (alta morbilidad, dilemas éticos, atmósfera cargada de tensión) | Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos; 29 | Programa de entrenamiento en resiliencia | 5 componentes: 1) Taller educativo de 2 días (introducción al entrenamiento en resiliencia); 2) Terapia de exposición escrita (incluía cuestiones relacionadas con los desafíos presentes en el trabajo, sentimientos de incapacidad, rumiaciones sobre temas sensibles); 3) Prácticas de reducción de estrés basadas en mindfulness (escáner corporal y meditación sentada); 4) Ejercicio físico; 5) Sesiones de asesoramiento desencadenadas por eventos (terapia cognitivo conductual en la que se trataban temas como la muerte de un paciente, participar en discusiones sobre el final de la vida, efectuar resucitación cardiopulmonar) | 12 semanas | CD-RISC, PDS, HADS, CSQ-8 | No | Programa factible y aceptable para aplicar a las enfermeras. Reducción de los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en ambos grupos del estudio |
| Falon, et al., 2020 | Entrenamiento militar | Cadetes oficiales de segunda clase militar; 207 | Intervención de fortalecimiento de la resiliencia mediante autorreflexión | Autorreflexión adaptativa sobre los eventos estresantes y la efectividad de estrategias de afrontamiento y recursos. Se anima a los participantes a buscar, formular e implementar nuevas formas de afrontamiento personales para valorar posteriormente su eficacia. Inicialmente se establecieron 6 objetivos de aprendizaje relacionados con la resiliencia, también se realizó una actividad de valores (evaluar el grado de importancia mediante escala Likert) que posteriormente se utilizó en los diarios guiados de autorreflexión (consistentes en reflexionar sobre las propias formas de reacción ante el estresor y las estrategias de afrontamiento utilizadas) | 1 conferencia de 40 min y un ejercicio semanal de diarios guiados de 15 min (5 semanas) | PHQ-9, GAD-7 | Sí (3 m) | Eficacia en la prevención de síntomas depresivos y niveles de estrés percibido estables durante un aumento de los estresores en el entrenamiento (para el grupo que aplicó la intervención en resiliencia). Mayores niveles de ansiedad que se normalizaron |

en un seguimiento a largo plazo.

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|---------|---|--------------------|--|
| Adler, et al., 2014 | Entrenamiento en combate | Soldados de Estados Unidos; 1939 | Entrenamiento en resiliencia | Establecimiento de expectativas realistas, normalización de reacciones comunes, promoción del optimismo. Tratamiento sobre reacciones de estrés (cambio de apetito, dificultades de mantener la motivación, cambios de humor). Técnicas para manejar cogniciones, emociones y reacciones físicas desadaptativas (siguiendo el modelo ABC de Ellis). Diferenciación de estresores que están bajo control y los que no, flexibilidad en el afrontamiento. Técnicas de reducción de la ansiedad (respiración profunda). Discusión de ejemplos prácticos y uso de las técnicas. | 2 meses | PHQ-D, GAD-7, Sleep Problems Scale, Group Cohesion, Providing Help to Peers, Training Knowledge, Training Evaluation, Crossover | Sí (3,6,9 semanas) | No diferencia significativa entre condiciones en síntomas depresivos, de ansiedad o problemas de sueño. Los niveles de ansiedad disminuyeron más rápido en el grupo de tratamiento en resiliencia. Sin embargo, el entrenamiento en resiliencia mostró un nivel más lento de incremento de cohesión de grupo; también estuvo asociado a mayor confianza en ayuda a los demás y mayores puntuaciones positivas. |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|---------|---|--------------------|--|

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|---|---|------------------------|--|
| Mara, et al., 2020 | Esclerosis múltiple | Personas con esclerosis múltiple; 37 Grupo control (intervención en relajación) | Programa de entrenamientos grupal en resiliencia (Resilience and Activities for everyDaY for people with Multiple Sclerosis, READY for MS) | Terapia de Aceptación y Compromiso. Contenido del programa: introducción, mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, identidad en el contexto, valores y acción significativa y módulo de revisión. | 1 sesión semanal de 2,5h (7 semanas) + 1 sesión de refuerzo de 2,5h (cinco semanas después de la última sesión) | MSQL-54, HADS, PSS, MAAS, VLQ, AAQ-II, CD-RISC (versión italiana), CompACT, DDS | Sí (7, 12, 24 semanas) | Factibilidad y aceptabilidad de READY buena, alta implicación y satisfacción participantes. No se mostraron efectos estadísticos en comparación al grupo control (relajación grupal). Evidencia cualitativa a favor del programa. |
| Park, et al., 2019 | Hijos con dificultades de aprendizaje y atencionales | Padres de niños con dificultades de aprendizaje; 53 Grupo control (lista de espera) | Intervención virtual en resiliencia (programa SMART-3RP adaptado) | Estrategias de promoción de la respuesta de relajación (conciencia de la respiración, conciencia plena, imaginación guiada, contemplación), manejo del estrés (estrategias cognitivo-conductuales) y promoción del crecimiento (psicología positiva, crecimiento postraumático). Adaptación del programa (estrategias de afrontamiento cognitivo utilizando ejemplos que muchos padres mencionaron como estresantes, por ejemplo, que no inviten a su hijo a una fiesta de cumpleaños) | 1 sesión semanal (9 semanas) | PSS, VAS, CES, MOCS-A, PSWQ, PHQ-4, MOS-SSS, CAMS-R, PANAS-P, IRI | Sí (3 m) | Mejoras significativas del grupo de intervención en los niveles de distrés y resiliencia, así como también el afrontamiento al estrés, depresión y ansiedad, soporte social y empatía (las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses) |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|
| Hahm, et al., 2019 | Violencia interpersonal y trauma o diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático | Mujeres jóvenes asiático americana s; 63 Grupo control (lista de espera) | Intervención de acción de mujeres asiáticas para el empoderamiento y resiliencia (AWARE, Asian Women's Action for Resilience and Empowerment) | 2 componentes: programa psicoterapéutico grupal de género y cultura específico sobre el trauma y mensajes de texto diarios (historias AWARE) que contienen historias personales de mujeres asiático americanas relacionadas con su salud mental y sexual. Promoción del entendimiento de las participantes de sus identidades como mujeres asiático americanas, de las dinámicas familiares de familias inmigrantes, discriminación y cuestiones relacionadas con el género desde una perspectiva asiática. Se incorpora el contexto de los valores asiáticos y las culturas, y se atienden temas centrales para las identidades de dichas mujeres y su bienestar que aún no han sido atendidos debido al miedo al estigma y la vergüenza (trauma físico y sexual causado por sus familias o compañeros íntimos, salud mental y comportamientos sexuales de riesgo). Objetivos: 1) reducir perfeccionismo e incrementar la tolerancia al estrés; 2) reducir conflicto con las familias; 3) incrementar el sentido de pertenencia a un grupo étnico; 4) reducir el estigma relacionado con problemas de salud mental. Técnicas: respiración profunda, mindfulness, estimulación sensorial, técnicas para poner los pies en la tierra y distracción positiva. | 8 semanas | Retención a la intervención, comportamientos sexuales de riesgo, CES-D, PCL-C, C-SSRS | Sí (10-12 semanas después de la línea base y a los 3 meses) | Reducción significativa de los síntomas depresivos en el grupo de tratamiento en comparación al grupo control. Ideación e intentos de suicidio se redujeron en ambos grupos. No diferencias en comportamientos sexuales de riesgo y síntomas depresivos en mujeres con diagnóstico de TEPT. |
|---------------------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|---|--|----------|---|
| Rogerson, et al., 2016 | Cambio organizacional significativo | Empleados ; 28 Grupo control (sin intervención) | Programa de resiliencia en el lugar de trabajo | 5 módulos (cada uno incluía educación, discusión grupal y ejercicios prácticos): 1) introducción y devolución de los resultados en la escala de resiliencia; 2) exploración de los valores personales y fortalezas para ver de qué formas pueden darles un mejor uso; 3) exploración de la conexión entre la salud personal y la resiliencia (un cuerpo sano permite tener una mente más sana), también se destacó que la ambivalencia en el cambio comportamental es normal y puede resolverse mediante ejercicios; 4) identificación de pensamientos desadaptativos e implementación de técnicas de replanteamiento, también intervención basada en la gratitud dentro y fuera del ambiente laboral (aproximación desde el modelo cognitivo-conductual); 5) exploración del manejo personal del estrés y formas de manejar los niveles de energía durante la jornada laboral (técnicas: relajación de escáner corporal, puesta en común de técnicas que encontraron útiles) | 1 sesión semanal de 1h (5 semanas) | RAW scale | No | La puntuación en la escala de resiliencia fue significativamente mejor en el grupo de intervención y estadísticamente significativa en cuatro de las siete escalas. |
| Rosenberg, et al., 2019 | Hijos con cáncer | Padres de niños con cáncer; 94 Grupo control (cuidado habitual) | Intervención sobre promoción de la resiliencia en el manejo del estrés (PRISM-P) | Breve intervención enfocada a 4 habilidades: manejo del estrés (relajación y ejercicios de mindfulness), establecimiento de metas (siguiendo una estrategia SMART), reajuste cognitivo (reconocimiento de autoverbalizaciones negativas y revaloración de experiencias de forma realista), encontrar sentido (ejercicios de identificación de gratitud, sentido y propósito a pesar de la adversidad). Para la modalidad de uno en uno, las habilidades fueron enseñadas en privado de 30 a 60 min, mientras que, en la modalidad grupal, las | 1 sesión semanal de 1h máx. (4 semanas) | Connor-Davidson Resilience Scale) y resultados secundarios (beneficio encontrado, soporte social, calidad de vida, estrés y distrés) | Sí (3 m) | La intervención de uno en uno estuvo asociada significativamente con una mejora en resiliencia en comparación con el cuidado habitual de los padres. |

mismas habilidades fueron enseñadas en una sola sesión con al menos dos padres presentes.

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|--------------|--|----------------|---|
| Schwartz man, et al., 2021 | Hijos con Trastorno del Espectro Autista | Padres de niños con autismo; 35 | Intervención en resiliencia AMOR (Acceptance, Mindfulness, Optimism, Resilience) | 8 sesiones: 1) Introducción, estrés y resiliencia (psicoeducación, ejercicios de gratitud); 2) entender nuestra mente cuando está estresada, resiliencia diaria (de la teoría a los hábitos), ejercicios de autocompasión; 3) mindfulness (ejercicios de mindfulness); 4) Aceptación y resiliencia (ejercicio de valores); 5) Duelo y resiliencia (ejercicio de pérdidas); 6) Pensamiento optimista (pensamiento en bucle, ejercicio de registrar el pensamiento); 7) Pensamiento optimista II (encuesta de pensamientos y reestructuración cognitiva, ejercicios de registro de pensamiento); 8) Revisión y priorización de la resiliencia (estrategias de resiliencia, solución de problemas para incorporar en la práctica diaria de resiliencia) | 8 semanas | CD-RISC-25, escala de estrés del DASS-21, PSI-4-SF | Sí (8 semanas) | Aumento significativo de la resiliencia y del manejo del estrés en el grupo de intervención AMOR, también reducción en síntomas de salud mental. Mantenimiento de los beneficios. |
| Mahaffey, et al., 2020 | Exposición a eventos traumáticos | Trabajadores que participan en desastres; 167 | Programa de entrenamiento en resiliencia para trabajadores de desastres | Consiste en un taller para construir resiliencia. Cuatro capítulos, cada uno con objetivos de aprendizaje orientados a la acción: 1) reconocimiento de signos y síntomas relacionados con el estrés generado por el trabajo en desastres; | Taller de 4h | HLPL II, PSS, PCL-5, PHQ-9, LEC-5 | Sí (3 meses) | Mejoras significativas en comportamientos de estilo de vida saludable, manejo del estrés y crecimiento |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|--|--|----------------|---|
| | | Grupo control en lista de espera | | 2) obtención de soporte a través de recursos comunitarios y de empleados; 3) Construir resiliencia usando estrategias de afrontamiento y reducción del estrés. | | | | espiritual. En los participantes que entre T1 y T2 mostraron exposición a trauma, los de la condición lista de espera fueron más proclives a reportar incrementos significativos en el estrés percibido, TEPT, y síntomas de depresión. |
| Van der Stouwe, et al., 2016 | Trastorno psicótico | Individuos con trastorno psicótico; 120 Grupo control (activación social) | Entrenamiento en resiliencia orientado al cuerpo, con elementos del kickboxing, BEATVIC | 5 módulos de 4 sesiones cada uno. Cada sesión incluye calentamiento, ejercicios de artes marciales, vuelta a la calma y discusión de los temas tratados. Primero los ejercicios se llevan a cabo individualmente o con el entrenador, gradualmente los participantes interactúan entre ellos. 1) creación de un ambiente seguro de grupo, enseñar técnicas de kickboxing y postura corporal, énfasis en el autoestigma, concienciación y respeto por las cosas de los demás y sentir tensión; 2) reconocer comportamiento peligroso (incrementar cognición social e insight, observando a otros como se mueven y reaccionan); 3) cómo me ven los otros; 4) afrontamiento de la agresión (detectar y regular la agresividad de uno mismo) | 20 sesiones de entrenamiento grupales de 75 min (20 semanas) | MiniSCAN, PANSS, Entrevista de victimización, CTS2, Faux Pas task, ZECV, ISMI, SIG, SERS-SF, PI, LQLP, NHS, SFS, BNSS, TSQ, activación física (Yamax), MST, Substance use, WOF | Sí (6,18,30 m) | El entrenamiento motiva a los pacientes a salir de una situación de aislamiento y reducir el riesgo de victimización. |
| Chandler, et al., 2015 | Experiencias adversas en la infancia | Adultos con experiencias | Intervención en resiliencia | Intervención psicoeducativa en la que cada módulo aplica el afrontamiento activo, la construcción de fortalezas, la flexibilidad cognitiva, el soporte | 1 sesión de 1 h semanal | ACE Screening Survey, Physical and | No | En el grupo de intervención se construyeron |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---|----|--|
| | | as adversas en la infancia; 17 | | social. Se utiliza MBSR, educación, escritura estructurada, soporte social. Cada sesión empezaba con una breve meditación mindfulness guiada, seguido de una revisión de los ejercicios realizados desde casa. Después cada semana se trataba un tema durante 10 min, como la resiliencia, salud física, soporte social, etc., para después realizar un escrito y leerlo delante de los demás, quienes tenían que analizar qué aspectos reflejaban fortaleza. Durante el ritual de cierre de la sesión, cada participante debía explicar algo que había aprendido de la sesión, algo que otro participante dijo, o evaluar lo que les habría sido útil en la sesión. También se aplicaba TCC. | (4 semanas) | Psychological Symptom Checklist, Health Behavior Questionnaire , 14-item Resilience Scale. | | fortalezas, aumentó la resiliencia y se crearon conexiones de soporte. |
| Millstein , et al., 2020 | Hijos con trastornos del desarrollo y autismo | Padres de niños con trastornos del desarrollo; 52 Padres de niños con autismo; 47 | Intervención en resiliencia mente- cuerpo, entrenamien to en resiliencia y manejo del estrés. | 8 sesiones multimodales, centradas en provocar la respuesta de relajación mediante varias técnicas de meditación y mindfulness y estrategias de enfrentamiento activo (solución de problemas y creación de perspectivas positivas). Las habilidades de relajación fueron: conciencia en la respiración, escáner corporal, imaginación guiada, el yo ideal, yoga. En la primera sesión los participantes establecieron metas individuales en relación con comportamiento saludables (recuperación del sueño, alimentación saludable, actividad física). En las semanas siguientes se les pidió que trabajasen para lograr las metas y monitorizasen los resultados. | 1 sesión de 1,5h semanal (8 semanas) | International Physical Activity Questionnaire - Short Form, modulo H del Cigna Healthy Eating Survey, Pittsburgh Sleep Quality Index, Fatigue Analog Scale | No | Ambos grupos (padres de niños con dificultades atencionales y de aprendizaje y padres de niños con trastorno autista) mostraron niveles por debajo de los óptimos en comportamientos saludables, siendo los del segundo grupo con niveles más bajos. Padres de niños con dificultades de aprendizaje mejoraron en actividad física. |

Efectos de comer saludable fueron menores para ambos grupos. Hubo un pequeño o medio efecto en la mejora del sueño para ambos grupos.

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------|--|---|--|---|------------|--|
| Kuhlthau, et al., 2020 | Hijos con Trastorno del Espectro Autista | Padres de niños con autismo; 51 | Intervención virtual en resiliencia, SMART-3RP | 8 sesiones de intervención mente-cuerpo, empezando con una sesión que pretende disminuir el estrés y aumentar la promoción del crecimiento. La intervención pretende unir cuerpo y mente para promover la salud y curar a través de prácticas como las técnicas de relajación, de meditación mindfulness y yoga. Incluye 3 componentes: prácticas mente-cuerpo, habilidades de la terapia cognitivo conductual, aproximación desde la psicología positiva. Los participantes aprenden a provocar la respuesta de relajación, manejar el estrés, crear perspectivas adaptativas, utilizar el humor, etc. | 1 sesión virtual de 1,5h semanal (8 semanas) | VAS, CES, MOCS-A, PSWQ, PHQ-4, MOS-SSS, PANAS-P, IRI, CAMS-R, PSS | Sí (3,6 m) | La intervención es factible y aceptable. El grupo de tratamiento inmediato no mostró diferencia en estrés y mejora en resiliencia y reactividad al estrés en comparación al grupo de tratamiento demorado. |
|-------------------------------|--|---------------------------------|--|---|--|---|------------|--|

*Instrumentos: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Mayo-Portland Adaptability Inventory-4 (MPAI-4), Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS), Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Maslach Burnout Inventory (MBI), Client/Patient Satisfaction Questionnaire- 8 (CSQ-8), 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), 14-item Perceived Stress Scale (PSS), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Valued Living Questionnaire (VLQ), Drexel Defusion Scale (DDS), Parental Stress Scale (PSS), Visual Analogue Scale (VAS), Current Experience Scale (CES), Stress Reactivity and Coping: Measure of Current Status (MOCS-A), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), MOS Social Support Survey (MOS-SSS), Positive and Negative Affect Schedule-Positive Subscale (PANAS-P), Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revise, (CAMS-R), Interpersonal Reactivity Index (IRI), Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), PTSD

Checklist, Civilian version (PCL-C), Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), Resilience At Work Scale (RAW Scale), Depression, Anxiety, Stress Scale-21 (DASS-21), Parenting Stress Index, Fourth Edition, Short Form (PSI-4-SF), Health-promoting lifestyle profile II (HPLP II), Patient health questionnaire (PHQ-9), Life events checklist for DSM-5 (LEC-5), PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5), Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), Conflict Tactics Scale (CTS2), Self-expression and Control Scale (ZECV), Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), Self-Esteem Rating Scale-Short Form (SERS-SF), Psychosis Insight Scale (PI), Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), National Recovery Scale (Nationale Herstelschaal, NHS), Social Functioning Scale (SFS), Brief Negative Symptom Scale (BNSS), Trauma Screening Questionnaire (TSQ), Wall of faces task (WOF), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Interpersonal Reactivity Index (IRI), Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)

5. Discusión

La revisión sistemática realizada en el presente trabajo pretendía analizar cuáles eran las estrategias y técnicas utilizadas en las intervenciones en resiliencia llevadas a cabo en diferentes estudios científicos. Así pues, a partir de los resultados obtenidos en la tabla 1, las prácticas más habituales se presentan a continuación.

Manejo del estrés

En trece de las intervenciones de la Tabla 1 se propuso alguna técnica relacionada con el manejo del estrés. Se incluyen la técnica de respiración profunda, el mindfulness, el escáner corporal, ejercicios de conciencia de la respiración, imaginación guiada, yoga, meditaciones guiadas, estimulación sensorial y distracción positiva (Kuhlthau, et al., 2020; Mahaffey, et al., 2020). Los resultados de los estudios indicaron una reducción significativa de los niveles de estrés y un aumento de la resiliencia.

Técnicas cognitivo-conductuales

La gran mayoría de los estudios también integraron alguna estrategia de tipo cognitivo-conductual como la reestructuración cognitiva, la conciencia de los patrones cognitivos desadaptativos, la defusión cognitiva, la reinterpretación de situaciones (Kreutzer, et al., 2018; Mara, et al., 2020). Los resultados también apuntaban a una mejora de la resiliencia en comparación a los grupos control.

Psicoeducación

La educación sobre la problemática presente en cada muestra de participantes, sobre el funcionamiento del estrés, la resiliencia y sobre la propia intervención en resiliencia también fue un aspecto a tener en consideración en muchos estudios. (Mealer, et al., 2014; Rogerson, et al., 2016, Schwartzman, et al., 2021) Aquellos estudios que utilizaron la psicoeducación obtuvieron resultados positivos en resiliencia y adaptación.

Identificación de valores, fortalezas y habilidades

En algunas intervenciones se propusieron actividades que animaban a los participantes a buscar qué valores eran relevantes para sus vidas, de tal forma que después pudieran orientarse hacia ellos. Además, también se trabajó sobre las fortalezas y habilidades de las personas, para favorecer que, pese a sus circunstancias de exposición a estresores, tuvieran recursos que les permitiesen afrontar tales dificultades (Falon, et al., 2020; Park, et al., 2019, Mahaffey, et al., 2020; Chandler, et al., 2015). Se obtuvieron mejoras en la prevención de síntomas depresivos, así como en las puntuaciones en resiliencia).

Otras

Finalmente, se propusieron estrategias como la realización de ejercicio físico, el afrontamiento activo y la resolución de problemas, el establecimiento de metas siguiendo una metodología SMART, la escritura estructurada y la aceptación que también fueron eficaces para el fomento de la resiliencia. Además, se planteaban ejercicios o tareas para realizar en casa, entendiendo que la promoción de la resiliencia tiene que estar presente en el día a día para lograr cambios que sean reales y duraderos (Millstein, et al., 2020; Mahaffey, et al., 2020; Kreutzer, et al., 2018).

Por lo tanto, después de analizar qué estrategias se utilizan en este tipo de intervenciones, la primera cuestión que merece la pena destacar es el hecho de que se utilicen técnicas ya existentes en el campo de la psicología clínica para las intervenciones en resiliencia (Kuhlthau, et al., 2020). Es bien sabido que actualmente la psicología clínica sigue basada en mayor medida en el modelo del déficit. En el caso de la resiliencia, se ha estudiado principalmente desde un modelo teórico de la psicología positiva, es decir, desde las fortalezas y habilidades de las personas.

Las intervenciones en resiliencia revisadas en el presente trabajo hacen uso mayoritario de las técnicas descritas en el apartado anterior para partir primero desde la práctica clínica y después generar la teoría. Este es un aspecto clave que conviene atender, pues la resiliencia es un concepto que a nivel teórico se ha desarrollado desde un modelo y a nivel práctico parece

que está siendo abordado desde otro distinto (Kreutzer, et al., 2018). Este hecho puede conllevar que haya confusión en cuanto a qué se entiende por resiliencia, pues según muchas intervenciones se concluye un desarrollo en resiliencia si los resultados indican una mejora en cuanto a sintomatología clínica se refiere, mas esta definición sería ciertamente una simplificación.

En cuanto a la evaluación y el seguimiento, los estudios utilizan escalas en resiliencia para observar la mejora y otras medidas de salud mental (escalas de depresión, ansiedad, etcétera). Los efectos de la intervención se han seguido como máximo hasta un plazo de treinta meses (Van der Stouwe, et al., 2016). Estudios longitudinales de más duración serían ideales para comprobar si los participantes realmente han adquirido mayor resiliencia, es decir, brindar la oportunidad de analizar su reacción a eventos estresantes que se pudieran originar en el futuro, diferentes de los que ya han afrontado durante la intervención. En cuanto a la permanencia de los resultados al acabar el seguimiento, la mayoría de los estudios observaron que los efectos de la intervención se mantenían, con excepción de algún caso en el que no todas las medidas que se habían administrado mantenían efectos clínicamente significativos (Kreutzer et al., 2018).

En cuanto a las técnicas y estrategias presentadas en los resultados, se muestra como el manejo del estrés constituye un componente fundamental en las intervenciones en resiliencia (Mahaffey, et al., 2020; Kreutzer, et al., 2018; Kuhlthau, et al., 2020; Rogerson, et al., 2016). El individuo resiliente es capaz de mantenerse relajado a pesar de estar expuesto a un estresor que podría desbordarlo. Mantener la calma ante la adversidad permite un afrontamiento de los problemas mucho más adaptativo, ya que promueve la flexibilidad mental y una búsqueda de soluciones más precisa y eficaz.

Seguidamente, las técnicas cognitivo-conductuales son también un recurso empleado con gran notoriedad (Kreutzer, et al., 2018; Mara, et al., 2020; Schwartzman, et al., 2021). Un individuo resiliente sabe interpretar las situaciones de forma que sea adaptativa para él, alejándose de creencias irracionales que pueden bloquearle o perjudicarlo. Mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, las personas aprenden a cambiar creencias o

pensamientos desadaptativos por otros que les ayuden a superar la adversidad, seguir adelante y favorecer el crecimiento personal.

Otro aspecto es la psicoeducación, explicar lo que es la resiliencia, así como en qué consistirá la intervención y los resultados que se pretenden conseguir será útil para que las personas descubran el concepto si no lo conocían y se orienten hacia las formas que les permitan llegar a ser resilientes (Mealer, et al., 2014; Rogerson, et al., 2016, Schwartzman, et al., 2021). Además, también es conveniente educar sobre el estrés, para que puedan identificar diferentes niveles de estrés y bajo qué circunstancias lo sufren (Schwartzman, et al., 2021).

También se incide sobre el afrontamiento activo, se busca que la persona realice conductas para resolver la situación y enfrentar las dificultades (Millstein, et al., 2020; Mahaffey, et al., 2020). Se trata de promover acciones encaminadas a eliminar los estímulos estresantes o a reducir sus efectos negativos.

Finalmente, se plantea la duda de si se deberían desarrollar nuevas prácticas para las intervenciones en resiliencia, desde una perspectiva de la psicología positiva, que vayan encaminadas a que se puedan generalizar los beneficios de la intervención, es decir, que no sólo ayuden a superar la dificultad presente ante la que se encuentra el paciente, sino que además proporcione recursos eficaces para las adversidades futuras. En este sentido, las prácticas actuales que más se acercan al modelo de la psicología positiva son las que van encaminadas a desarrollar las fortalezas y habilidades de cada persona, las cuales pueden aplicarse a cualquier tipo de problemática.

En cuanto a las limitaciones de los estudios de la revisión, destacan la brevedad de los seguimientos y la evaluación de la resiliencia utilizando únicamente instrumentos como las escalas.

Habiendo hecho un análisis de las diferentes estrategias más comunes en las intervenciones en resiliencia, en el apartado siguiente se propone qué debería tenerse en cuenta en este tipo de programas aplicados al colectivo drogodependiente.

6. Conclusiones

Respecto a la creación de una propuesta de aplicación de intervención en resiliencia en personas drogodependientes tras la revisión sistemática realizada, se plantea la posibilidad de realizar intervenciones en resiliencia para el colectivo en cuestión, pues hasta el momento sólo se ha trabajado desde el modelo del déficit. Es posible que a nivel poblacional y más importante aún, entre los propios profesionales de la psicología se tenga la creencia de que una persona drogodependiente no es o no puede llegar a ser resiliente. Mas la realidad es que únicamente se trata de una creencia que debería ser como mínimo objeto de evaluación, además se tiene que considerar que si realmente existe esta creencia es posible que esto repercuta negativamente en las personas drogodependientes, viéndose por ejemplo reflejado en el tipo de intervenciones llevadas a cabo (se estaría dando el conocido efecto Pigmalión). Por lo tanto, aunque no se tenga constancia de la efectividad del modelo positivo en este ámbito no debería descartarse esta opción, de hecho, sería oportuno analizarlo en investigaciones futuras.

Seguidamente, una posible intervención de este tipo en las drogodependencias podría incluir alguna técnica de manejo de estrés y cognitivo-conductual, de afrontamiento activo y psicoeducación sobre la drogodependencia, sobre la propia intervención en resiliencia y el funcionamiento del estrés, entre otros. Esto no quiere decir que se deba cambiar de un modelo a otro distinto, sino que sean complementarios, que se siga trabajando como hasta el momento y se incluyan estrategias que permitan a las personas ser más resilientes. Esto ayudaría a enfocar la intervención hacia aquello que las personas pueden hacer para lograr su adaptación positiva al medio en el que se encuentran, dándoles más protagonismo y responsabilidad en su proceso de recuperación.

Se concluye que son pocos los estudios científicos en los que se aplica una intervención en resiliencia de forma explícita. Es decir, es cierto que existen muchos estudios que evalúan el nivel de resiliencia antes y después de la intervención, pero dicha intervención no se considera en resiliencia, sino que es de otro tipo. Así pues, deberían desarrollarse más prácticas desde el modelo positivo y evaluar su eficacia.

Siendo la resiliencia la capacidad o proceso mediante el cual la persona logra adaptarse positivamente al medio a pesar de la presencia de circunstancias adversas o estresantes, deberían desarrollarse estrategias que permitan hacerlo de forma sistemática sea cual sea la problemática.

En los estudios sobre intervenciones en resiliencia, debe evaluarse la resiliencia no sólo a través de escalas cuantitativas, sino también a través de la observación en el contexto real y de forma longitudinal en el tiempo, para garantizar la validez de los resultados de la intervención.

En cuanto a las estrategias y técnicas comunes identificadas en la revisión, se ha comprobado cómo las técnicas sobre el manejo del estrés (por ejemplo, técnicas de relajación) y las estrategias de tipo cognitivo-conductual (ej. reestructuración cognitiva) eran las más presentes. También se encontraba la psicoeducación, el afrontamiento activo, el fomento de las fortalezas y habilidades, entre otras.

Se plantea la posible creencia errónea de que las personas drogodependientes no son resilientes o no pueden llegar a serlo, por lo que se precisaría de futuras investigaciones que evaluaran este aspecto. A su vez, se establece la cuestión de realizar intervenciones en resiliencia en drogodependencias, ya que hasta el momento no se han efectuado, por lo que sería interesante analizar su efectividad.

Finalmente, es cierto que aún queda mucho trabajo por hacer en el ámbito de la psicología positiva, falta desarrollar más el modelo tanto a nivel teórico como práctico, por lo que en la actualidad puede resultar difícil o poco coherente aplicar modelos positivos en situaciones de problemáticas graves o presencia de estresores. Conviene ser prudentes en tal aspecto, mas tiene que ser algo que se tenga en consideración para cuando la investigación haya avanzado.

7. Bibliografía

- Adler, A. B., Williams, J., McGurk, D., Moss, A., & Bliese, P. D. (2014). Resilience Training with Soldiers during Basic Combat Training: Randomisation by Platoon. *APPLIED PSYCHOLOGY: HEALTH AND WELL-BEING*.
- Babic, R., Babic, M., Rastovic, P., Curlin, M., Simic, J., Mandic, K., & Pavlovic, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*, 32, 226-232.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del interior.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Berdullas Barreiro, J., Iraurgui Castillo, I., Llorente del Pozo, J. M., . . . Ochoa Mangado. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1).
- Bonanno, G. (2008). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 101-113.
- Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*, 12.
- Chandler, G. E., Roberts, S. J., & Chiodo, L. (2015). Resilience Intervention for Young Adults With Adverse Childhood Experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21, 406-416.
- Chris Hahm, H., Zhou, L., Lee, C., Maru, M., Petersen, J., & Kolaczyk, E. D. (2019). Feasibility, Preliminary Efficacy, and Safety of a Randomized Clinical Trial for Asian Women's Action for Resilience and Empowerment (AWARE) Intervention. *Am J Orthopsychiatry*, 462-474.
- Comas Díaz, L., Luther, S. S., & Maddi, S. R. (2011). *Psychology topics: Resilience. El camino a la resiliencia*. Obtenido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/topics/resilience/camino>
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., . . . Wiggers, J. (2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 56(10).
- DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (2014). Editorial Médica Panamericana.
- Falon, S., Gucciardi, F., Karin, E., & Crane, M. (2021). A clustered-randomized controlled trial of a self-reflection resilience-strengthening intervention and novel mediators. *Journal of Occupational Health Psychology*.

- Fernández Miranda, J. J., & Pereiro Gómez, C. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- Giovanetti, A. M., Quintas, R., Tramacere, I., Giordano, A., Confalonieri, P., Uccelli, M. M., . . . Pakenham, K. I. (2020). A resilience group training program for people with multiple sclerosis: Results of a pilot single-blind randomized controlled trial and nested qualitative study. *Plos One*.
- Greco, C., Morelato, G., & Ison, M. (2007). Emociones Positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicodebate 7. Psicología, Cultura y Sociedad*, 7.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S., Bryant, R., & Harvey, S. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*.
- Krentzman, A. R. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychol Addict Behav.*, 151-165.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Sima, A. P., Mills, A., Hsu, N. H., & Lukow II, H. R. (2018). Efficacy of the resilience and adjustment intervention after traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Brain Injury*.
- Kuhlthau, K. A., Luberto, C., Traeger, L., Millstein, R., Perez, G., Lindly, O., . . . Park, E. (2020). A Virtual Resiliency Intervention for Parents of Children with Autism: A Randomized Pilot Trial. *J Autism Dev Disord.*, 50(7), 2513-2526.
- Kunzler, A., Helmreich, I., König, J., Chrimtorz, A., Wessa, M., Binder, H., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare students (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Leppin, A., Bora, P., Tilburt, J., Gionfriddo, M., Zeballos Palacios, C., Dulohery, M., . . . Montori, V. (2014). The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *Plos One*, 9.
- Ludolph, P., Kunzler, A., Stoffers Winterling, J., Helmreich, I., & Lieb, K. (2019). Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. *Medicine*, 865-872.
- Luo, Y. H., Xia, W., He, X. L., Zhang, J. P., & William Li, H. (2021). Psychological interventions for enhancing resilience in parents of children with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*.

- López Fuentes, I., & Calvete, E. (2016). Desarrollo del Inventario de factores de resiliencia ante la adversidad. *Ansiedad y Estrés*, 110-117.
- Mahaffey, B. L., Mackin, D. M., Rosen, J., Schwartz, R. M., Taioli, E., & Gonzalez, A. (2020). The disaster worker resiliency training program: a randomized clinical trial. *International Archives of Occupational and Environmental Health*.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6).
- Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S. J., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M., & Wrenn, G. (2011). Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military. *Rand Health Quarterly*.
- Millstein, R., Lindly, O., Luberto, C., Perez, G., Schwartz, G., Kuhlthau, K., & Park, E. (2020). An Exploration of Health Behaviors in a Mind-Body Resilience Intervention for Parents of Children with Developmental Disabilities. *J Dev Behav Pediatr.*, 41(6), 480-485.
- National Institute on Drug Abuse. (2018). Obtenido de Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition): <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies/community-reinforcement-approach-vouchers?gclid=EAlaIQobChMIxaWF-8TI6AIVBJS>
- Osborn, A. (1990). Resilient children: A longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, 23-47.
- Park, E., Perez, G., Millstein, R., Luberto, C., Traeger, L., Proszynski, J., . . . Kuhlthau, K. (2019). A Virtual Resiliency Intervention Promoting Resiliency for Parents of Children with Learning and Attentional Disabilities: A Randomized Pilot Trial. *Maternal and Child Health Journal*.
- Rehder, K., Eddy, A., Kaplan, J., Bergman, A., & Christopher, M. (2021). The Relationships Between Reduced Alcohol Use and Decreased Burnout Following Mindfulness-Based Resilience Training in Law Enforcement Officers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 27(11), 984-990.
- Rogerson, S., Meir, R., Crowley-McHattan, Z., McEwen, K., & Pastoors, R. (2016). A Randomized Controlled Pilot Trial Investigating the Impact of a Workplace Resilience Program During a Time of Significant Organizational Change. *American College of Occupational and Environmental Medicine*.
- Rosenberg, A., Bradford, M., Junkins, C., Taylor, M., Zhou, C., Sherr, N., . . . Frazier, J. (2019). Effect of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Parents of Children With Cancer (PRISM-P) A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*.

- Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R., & Strike, C. (2017). Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.
- Sánchez Teruel, D., & Robles Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(40), 103-113.
- Sánchez-Hernández, Ó., & Canales, A. (2020). Eficacia y satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: Quédate en casa. La Psicología en tiempos de Cuarentena y Pandemia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 381-398.
- Schwartzman¹, J., Millan, M. E., Uljarevic, M., & Gengoux, G. (2021). Resilience Intervention for Parents of Children with Autism: Findings from a Randomized Controlled Trial of the AMOR Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Shae-Leigh Cynthia, V., & Nagesh B., P. (2019). A Theoretical Review of Psychological Resilience: Defining Resilience and Resilience Research over the Decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*.
- Silverstein, S., Moghaddam, B., & Wykes, T. (2013). *Schizophrenia: evolution and synthesis*. Massachusetts: The MIT press.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina*.
- Suranata, K., Susiani, K., Susanto, E., & Novitasari, Y. (2019). Evaluation of the Effectiveness of Smart-Resilience Interventions for Middle School Students: A Pilot Study. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 5(5).
- Torrens, M., Mestre Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.
- van der Stouwe, E. C., de Vries, B., Aleman, A., Arends, J., Waarheid, C., Meerdink, A., . . . Pijnenborg, G. H. (2016). BEATVIC, a body-oriented resilience training with elements of kickboxing for individuals with a psychotic disorder: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*.
- Veer, I. M. (2021). Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Translational Psychiatry*.
- Velickovic, K., Rahm Hallberg, I., Axelsson, U., Borrebaeck, C., Ryden, L., Johnsson, P., & Mansson, J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a non-clinical population in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 503-515.

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*.

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J., Calderon, S., Chamey, D., & Mathe, A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7(10).