



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



---

“Fortalezas personales en padres de familia con y sin hijos  
diagnosticados con cáncer”

## **Tesis**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Presenta:**

Marco Antonio Hernández González

0821802

**Asesora:**

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Toluca, Méx. Julio 2014

## **Agradecimientos**

El camino que hasta ahora he recorrido no ha sido nada fácil, durante este tiempo me he enfrentado a dificultades de distintos tipos, y en varias ocasiones estuve a punto de darme por vencido pero, siempre he tenido a personas a mi lado que me han apoyado en cada una de las decisiones que he tomado y sobre todo que han sabido lidiar conmigo. Ellos siempre han estado ahí cuando los he necesitado y han sido inspiración para continuar con todo esto.

Quiero y tengo que darle las **gracias** a:

Mis padres: **Pedro Hernández Peña y Angelina González Peña**, porque en 25 años ellos siempre han estado a mi lado apoyándome, soportándome y sobre todo han respetado cada una de las decisiones que he tomado.

A mis hermanas **Rebeca, Raquel, María Luisa, Ana Mariel** y mi hermano **Pedro Damián**, ya que han estado conmigo incondicionalmente y sé que siempre podré contar con ellos.

A mis amigos y amigas, a quienes hay que reconocerle a cada uno de ellos, que han sabido lidiar conmigo, ya que no es nada fácil, sin embargo, ellos han tenido la paciencia para hacerlo. Sobre todo a **Javier**, ya que sin él nada de esto hubiese iniciado.

A la Dra. **Norma Ivonne** por ser más que maestra y directora de tesis, que confió en mí en todo momento, me apoyó y guio durante todo este proceso y gracias a ella este trabajo pudo culminarse.

Al mismo tiempo agradecer a la **SIEA** de la UAEMex. y a la **Fundación Extiende tu mano IAP.** por el apoyo y facilidades que me brindaron al momento de realizar dicho trabajo, así como a cada uno de los padres que participaron en las encuestas.

A todas esas personas que han desfilado en el transcurso de mi vida y que han ejercido cierta influencia en mí, que me han ayudado y a las que no también, pues gracias a ellos he seguido adelante.

Quiero dedicarle este trabajo a mis sobrinos y sobrinas: **Loreyn, Adriana, Diana, Alexandra, Ernesto, Monserrath** que son unos diablillos latosos y los quiero mucho; en especial a **Ángel Gustavo** por ser todo un guerrero y que nunca se dejó vencer, quien fue la inspiración de este trabajo junto con su madre.



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Secretaría de Docencia  
Dirección de Estudios Profesionales  
Facultad de Ciencias de la Conducta



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

## VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	MARCO ANTONIO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	0821802
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"FORTALEZAS PERSONALES EN PADRES DE FAMILIA CON Y SIN HIJOS DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER"		

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES		4/06/14

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DR. JOSÉ LUIS VALDEZ MEDINA	 4-Junio-14	 30-06-14	 30-06-14
REVISOR	DRA. SUSANA SILVIA ZARZA VILLEGAS	 4-Jun-14	 30-Jun-14	 30-Jun-14

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA		02/07/2014



**8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional**

Facultad de Ciencias de la Conducta

Subdirección Académica

Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

**CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**

El que suscribe Marco Antonio Hernández González Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título "Fortalezas Personales en padre con y sin hijos diagnosticados con cáncer", por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Ciencias de la Conducta para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 2 días del mes de Julio de 2014.

Marco Antonio Hernández González  
Nombre y firma de conformidad

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>8</b>
<b>Presentación</b>	<b>10</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I: Psicología Positiva y Fortalezas Personales</b>	
<b>Psicología Positiva</b>	<b>14</b>
<b>Antecedentes de la Psicología Positiva</b>	<b>17</b>
<b>Tópicos de la Psicología Positiva</b>	<b>19</b>
<b>Estudios sobre Psicología Positiva</b>	<b>21</b>
<b>Críticas a la Psicología Positiva</b>	<b>23</b>
<b>Fortalezas Personales</b>	
<b>Antecedentes de las Fortalezas Personales</b>	<b>25</b>
<b>Concepto de Virtud y Fortalezas</b>	<b>27</b>
<b>Clasificación de las Fortalezas Personales</b>	<b>29</b>
<b>Beneficio del estudio de las Fortalezas Personales</b>	<b>34</b>
<b>Capítulo II: Cáncer infantil y su impacto en padres de familia</b>	
<b>¿Qué es el cáncer?</b>	<b>37</b>
<b>Tipos de cáncer</b>	<b>38</b>
<b>Cáncer infantil</b>	<b>41</b>

Impacto físico en niños diagnosticados con cáncer	43
Impacto psicológico en niños diagnosticados con cáncer	45
<b>Impacto del cáncer infantil en padres de familia</b>	
Cáncer y su impacto en la familia	48
Padres con hijos diagnosticados con cáncer	53
El papel de las emociones el transcurso de la enfermedad	57
<b>Capitulo III: Método</b>	
Objetivo general	60
Objetivo específico	60
Planteamiento del problema	60
Pregunta de investigación	61
Hipótesis	61
Tipo de investigación	61
Definición de variables	
Definición conceptual	62
Definición operacional	63
Definición de la población	63
Descripción de la muestra	64
Instrumento	65

<b>Diseño de la investigación</b>	<b>66</b>
<b>Especificación de la captura de la información</b>	<b>67</b>
<b>Procesamiento de la información</b>	<b>67</b>
<b>Beneficios esperados</b>	<b>67</b>
<b>Límites del proyecto</b>	<b>68</b>
<b>Dificultades previstas</b>	<b>68</b>
<b>Resultados y Conclusión</b>	
<b>Resultados</b>	<b>69</b>
<b>Discusión</b>	<b>73</b>
<b>Sugerencias</b>	<b>78</b>
<b>Anexos</b>	<b>80</b>
<b>Referencias Bibliográfica</b>	<b>84</b>
<b>Organizaciones y sitios Web</b>	<b>88</b>

## Resumen

A lo largo de la historia, la psicología ha estado presente para la comprensión y el estudio de la conducta humana, así como de los procesos mentales, sin embargo, no es sino hasta finales del siglo XIX cuando es reconocido como una ciencia, a partir de entonces la psicología ha tenido tres finalidades que son: curar la enfermedad mental, hacer las vidas de las personas más plenas e identificar y alimentar el talento (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Aun así sólo se ha enfocado en curar la enfermedad dejando de lado sus otros objetivos.

Aunque la psicología sólo se ha enfocado en los aspectos negativos, algunos psicólogos se han encargado de que velar por los aspectos positivos del ser humano, tal es el caso de la psicología humanista que surge en la década de los 60' y 70', y los trabajos que se realizaron de manera independiente en la década de los 80'. Pero no es sino hasta finales del siglo XX en que, con el surgimiento de la psicología positiva, todos estos trabajos son vistos desde una manera más objetiva.

El objetivo de la psicología positiva es estudiar las emociones positivas, investigar los rasgos positivos individuales e indagar acerca de las instituciones que las promueven (Seligman, 2000). Así como las relaciones positivas (Vázquez, 2006).

Entre los temas que se encarga de estudiar la psicología positiva se encuentran las fortalezas personales, que se refiere a aquellas capacidades que se pueden adquirirse a través de la voluntad, los cuales representan rasgos positivos de la personalidad que nos ayudan a que las personas tengan vidas satisfactorias (Seligman y Peterson, 2002).

Dependiendo del tipo de fortalezas que se posea, será el tipo de respuesta ante situaciones estresantes y el nivel de afectación tanto físico como psicológico. Tal es el caso en que un padre o madre tiene que enfrentar una crisis en la salud de sus hijos y más cuando el hijo tiene cáncer, volviendo la situación incierta.

En las últimas décadas el cáncer se ha vuelto un problema de salud pública que afecta cada vez a más personas, pues cada año son más las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad, entre ellos los numerosos casos en niños ya que es uno de los sectores en donde más afectados se tiene, además de que al tratarse de menores de edad, esto conlleva a un mayor impacto ya que no sólo afecta a los niños, sino, a toda la familia, y amigos cercanos.

El que un niño padezca cáncer, trae consigo varias alteraciones en tanto a nivel físico como psicológico, afectando a las esferas familiares, sociales, escolares y problemas en el desarrollo, esto en el niño.

Pero ¿Qué pasa con los papás y mamás que tienen un hijo diagnosticado con cáncer?, ¿Cuáles son consecuencias dentro del núcleo familiar?, ¿A qué cambios se ven sometidos todos los integrantes de la familia?, ¿Cuáles son los mecanismos de defensa que usan los padres de familia ante una situación de este magnitud?, ¿Qué fortalezas personales son las que entran en juego al momento de enfrentarse a dicho problema?.

Los padres de hijos que son diagnosticados con cáncer se tienen que enfrentar a una serie de cambios y hacer uso de recursos psicológicos para poder hacer frente a todo lo que les espera, más sin embargo, la paternidad y maternidad por si sola trae una serie de conflictos. Es por eso que se hace una descripción de las fortalezas personales de los padres con y sin hijos diagnosticados con cáncer. Además se busca identificar si existe o no una diferencia entre las fortalezas personales de padres con hijos sanos y de aquellos que poseen los padres con hijos diagnosticados con cáncer.

## Presentación

El presente trabajo se realizó con la finalidad de poder describir las fortalezas personales que poseen los padres de familia que tienen hijos diagnosticados con y sin cáncer.

Esto surge por la curiosidad de conocer más sobre aquellos mecanismos empleados por los padres de familia a la hora de enfrentarse ante una situación de riesgo, como es saber que la vida de un hijo corre peligro, y si existen diferencias entre las fortalezas utilizadas por los padres de familia con hijos diagnosticados con cáncer de aquellos que tiene hijos no diagnosticados con cáncer.

Se inicia con la presentación de lo que es la psicología positiva, un recorrido desde su surgimiento y los estudios realizados por ésta, enseguida se realiza la descripción de lo que son las fortalezas personales y su importancia al realizar estudios.

En el capítulo II, se brinda un panorama de las investigaciones realizadas sobre el cáncer infantil y el impacto causado en los padres de familia; se describe qué es el cáncer, los tipos de cáncer y cuáles son los que afectan a los niños y el impacto que tienen éstos en su desarrollo. Se muestra una perspectiva de los cambios que los padres de familia han de vivir durante todo el proceso de la enfermedad, así como, los cambios que se presentan en la familia a los que se ven obligados adaptarse.

En el capítulo III, se presenta todo lo concerniente al método, por último los resultados que se obtuvieron de dicha investigación. Para tal efecto se contó con la participación de padres de familia con hijos diagnosticados con cáncer y padres que tienen hijos sin esta enfermedad.

Este trabajo está enfocado en los padres de familia y su modo de responder al enfrentarse a una situación de crisis, por lo que en ningún momento se busca interactuar con los niños o tener algún tipo de intervención, este trabajo es meramente descriptivo.

## Introducción

El cáncer, una enfermedad que en los últimos años ha afectado a un gran número de la población, según la organización mundial contra el cáncer, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. En las estimaciones se han tenido en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Durante el mismo período el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030 (Acción mundial contra el cáncer, 2005).

Esta enfermedad es un problema de salud pública en todo el mundo y afecta a personas de todas las edades y condiciones: niños, jóvenes y ancianos; ricos y pobres, hombres y mujeres. En América Central, Sur y Caribe, se estima que por causas del cáncer murieron un total de 479,900 personas en un año (OMS, 2005).

Cada año se diagnostican más de 160,000 casos de cáncer en niños, estimándose que cerca de 90,000 de éstos morirán por esa causa. Aunque esas cifras representan un porcentaje reducido del total de muertes por cáncer, la mayor parte de esos enfermos podría curarse si tuviera acceso al tratamiento básico de manera oportuna. No obstante, como cerca de un 80 por ciento de los niños que padecen cáncer en los países en desarrollo no tienen acceso a un tratamiento eficaz, uno de cada dos muere por esa causa (IARC, Globocan 2002).

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (OMS, 2013).

En el mundo, la tasa de sobrevivientes de enfermos de cáncer varía en función del país, la ciudad e incluso de la institución en que se les prodigan los cuidados. La desigualdad frente al acceso a unos cuidados de calidad es la principal causa de la variación de dicha tasa (Dr. Ketayun A. Dinshaw Directora, Tata Memorial Centre Mumbai, India).

Cuando un menor de edad es diagnosticado y recibe tratamiento contra el cáncer, tanto el paciente como su familia son introducidos a un mundo extraño, complejo y con frecuencia atemorizante de la medicina moderna.

La familia influye en la mayor parte del impacto del cáncer en los niños, en donde la comunicación con ellos es uno de los pilares fundamentales para el entendimiento y manejo del proceso de la enfermedad, al ser las figuras parentales, en la mayoría de los casos, el soporte que brindará seguridad al menor.

La mayoría de los padres de los niños con cáncer tienen dos objetivos: uno primario que es la cura de la enfermedad y el segundo relacionado con la comodidad de reducir el sufrimiento. Los padres a menudo presentan mayores problemas de ajuste que sus hijos, evidenciando en un 30% síntomas depresivos (Manne et al., 1993) en la etapa tras el diagnóstico, trastorno emocional agudo durante la fase inicial del mismo, incluyendo una intensa ansiedad de separación, y alteración del patrón de sueño (Magni et al., 1986).

Enskär (1997), dice que se da un cambio de la dinámica familiar, como la falta de intimidad o de integridad en la relación matrimonial, no se dedica el tiempo suficiente a los hermanos y la tendencia a estropear o sobreproteger al niño enfermo. Además, se puede presentar aumento de conflicto conyugal. Algunas familias se vuelven más coherentes y desarrollan una mayor fuerza y una redefinición positiva de los valores.

La psicología positiva dice que, si queremos ser felices y alcanzar nuestras metas, uno de los objetivos que se deben lograr a lo largo de la vida será desarrollar

nuestras fortalezas personales, ya que éstas son las que nos van a ayudar a crecer, a seguir adelante y a superar cualquier situación dolorosa o adversa que se nos presente en la vida.

Los psicólogos Seligman y Peterson se preguntaron: ¿Por qué si existe una clasificación de los trastornos mentales, no lo hay de las fortalezas humanas?. A tal efecto propusieron un esquema de clasificación de las virtudes y fortalezas para facilitar la creación de estrategias de evaluación.

Para Seligman y Peterson el concepto de “virtud o fortaleza” está referido a aquellas capacidades que pueden adquirirse a través de la voluntad, las cuales representan rasgos positivos de la personalidad.

Lo que se pretende con esta investigación, es dar a conocer las fortalezas personales que poseen los padres que tienen hijos con cáncer y que se encuentran internados en un hospital público ubicado al sur de la ciudad de Toluca.

Con base en los datos que se obtengan se realizará una comparación entre los padres que tienen hijos con cáncer y los que no los tiene, con estos datos, poder realizar alguna forma de intervención para quien lo necesite, como un grupo de apoyo, informativo o grupos ocupacional, etc...

## Capítulo I: Psicología Positiva y Fortalezas Personales

### Psicología Positiva

Con el surgimiento de la psicología como ciencia en 1897 y la creación del primer laboratorio de psicología dirigido por Wundt y hasta antes de la primera y segunda guerra mundial, la psicología tenía tres objetivos que eran: curar la enfermedad mental, hacer las vidas de las personas más plenas e identificar y alimentar el talento (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Sin embargo, por los sucesos históricos, la psicología se vio obligada a enfocarse únicamente en entender y curar las enfermedades mentales, olvidando sus otros dos objetivos.

Maslow (1954) dice al respecto “La ciencia de la psicología ha tenido mucho más éxito en el lado negativo que en el positivo; nos ha revelado mucho acerca de los defectos del hombre, sus aspiraciones o su total altura psicológica. Es como si la psicología se hubiera restringido voluntariamente a la mitad de su jurisdicción legítima”. Ya desde entonces, las limitaciones de la psicología eran evidentes, una psicología que se ha centrado más en curar y entender la enfermedad, y ha dejado de lado potencializar el talento, así como, el buscar que las personas tengan una vida plena.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ya definía en 1948 a la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía" (WHO, 1948). Aquí ya denota la intención de diferenciar lo positivo de lo negativo en relación a la salud. Sin perder el interés por esta conceptualización en la reunión de Ottawa, la primera reunión oficial de la OMS se concluyó que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como la capacidades físicas” (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

La psicología positiva surge como contraparte ante la psicología que, a lo largo de un siglo que lleva como ciencia, se venía practicando tanto en el ámbito académico como clínico. Esta teoría se enfoca en los aspectos positivos y saludables de las personas, por lo que se encuentra dentro de la tradición del modelo de competencias orientado a la prevención primaria, por lo que adopta una perspectiva constructivista, humanista y esperanzadora de la teoría y práctica del trascurrir existencial (Janoff-Bulman, 1992; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

En un inicio la psicología positiva tenía como objetivo el estudio de las emociones positivas, investigar los rasgos individuales positivos e indagar acerca de las instituciones que promueven y faciliten su desarrollo. (Ayala, 2011; Gancedo, 2009; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Sin embargo, a lo largo de diez años se han ampliado las áreas de interés.

Entre los temas de interés en los que está trabajando la psicología positiva se encuentran las siguientes: la resiliencia, las emociones positivas, las fortalezas y virtudes, estilos de afrontamiento, el bienestar subjetivo, los estados de ánimo, el optimismo, la gratitud, los intereses, los logros, etc.. (Castro, 2010). Esto es con la finalidad de potenciar un desarrollo óptimo de las personas.

Con base en lo anterior, la psicología positiva es definida como: el estudio científico de las experiencias y rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

La psicología positiva intenta responder una serie de preguntas como, ¿Qué hace que una vida sea plena? ¿Cómo se alcanza la felicidad? ¿Cómo se cultivan las virtudes y las fortalezas humanas? ¿Qué es lo que nos hace mejores personas? Estas son las preguntas básicas a las que por mucho tiempo intentaron responder los filósofos.

Pero, ¿Por qué cambiar de enfoque clásico por una psicología positiva? Si se observa la tasa de prevalencia de los trastornos depresivos durante el siglo XX, es posible apreciar que su frecuencia ha aumentado diez veces y que, de ser una patología adulta en los años sesenta, se ha transformado en una patología adolescente, ya que en la actualidad la edad de inicio de la patología inicia aproximadamente a los 14 años. A diferencia de los países desarrollados donde se da prioridad a la calidad de vida y bienestar es posible observar que no hay incremento significativo en los últimos 40 años (Seligman, 2008).

Esto no significa que la psicología positiva sólo se centra en aquellas características positivas o que todo aquello que no estudia la psicología positiva sea negativo. Ya que, también se están realizando estudios como afrontamiento adaptativo al trauma, la resiliencia y el crecimiento postraumático (Vázquez, Castilla y Hervás; 2008), el papel protector de determinados rasgos positivos en la aparición de trastornos físicos y psicológicos (Peterson, 2006; Taylor, 2000), programas de intervención positiva para personas en riesgo de exclusión (Marujo y Nieto, 2009), o la intervención y prevención de recaídas con programas o modelos positivos como complemento a programas estándar de intervención clínica (Fava y Ruini, 2003; Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Lo que busca la psicología positiva es equilibrar el quehacer de la psicología clínica y académica que hasta entonces se venía haciendo, ya que durante décadas se ha centrado en los aspectos negativos de la persona, en los trastornos mentales, áreas en las que ha tenido grandes avances, pero que han limitado la comprensión del ser humano. Seligman y Csikszentmihalyi, (2000) sostiene que uno de los retos para la psicología en los próximos años será dedicar más trabajo intelectual al estudio de los aspectos positivos, de la experiencia humana, entender y fortalecer aquellos factores que permiten prosperar a los individuos, comunidades y sociedades, para mejorar la calidad de vida y también prevenir las patologías que surgen de condiciones de vida adversas.

## **Antecedentes de la psicología positiva**

La psicología positiva tiene sus orígenes a finales del siglo XX, cuando en 1998 Seligman asume la presidencia de la American Psychological Association (APA), en su discurso señaló como una de las direcciones básicas ir hacia una psicología más positiva. Esta nueva corriente, que es como se presentó, tenía tres objetivos que son: estudiar las emociones positivas, investigar los rasgos positivos individuales e indagar acerca de las instituciones que las promueven (Seligman, 2000).

Seligman y colaboradores (2005) mencionan como antecedentes los aportes del psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, la psicología humanista y la existencialista para el actual entendimiento de los aspectos positivos de la experiencia humana. Sin embargo, hablar de los antecedentes de la psicología positiva es tarea nada fácil, ya que, a pesar de que tiene poco más de 10 años de su aparición, su historia se remonta hasta la época de los griegos.

Filósofos como Epicuro de Samos (341 a 270 a. C.) ya consideraban que la felicidad consiste en vivir en continuo placer, Sócrates (470 a 399 a. C.) ya afirmaba que la felicidad es uno de los fines de la acción moral, mientras Arístipo (435 a 356 a. C.) mantenía que el placer era el bien superior. Siguiendo esta misma línea, en el siglo XVIII y XIX filósofos británicos como Bentham, Mill y Stuart hicieron la propuesta de una doctrina universal conocida como utilitarismo, desde esta perspectiva el comportamiento humano debe tener como criterio final el bien social. Todos estos filósofos quedan enmarcados en la corriente hedonista, la cual sostiene que la búsqueda del placer y la supresión del dolor y la angustia, como objetivo o razón de ser de la vida.

Por otro lado, Aristóteles (384 a 322 a. C.), da a conocerla importancia de las fortalezas y las virtudes por las que se ha de dirigir los ciudadanos; esto va más enfocado en la perspectiva eudaimónica, donde lo que se busca es conseguir la plenitud del ser, la felicidad, donde la felicidad se consigue mediante la práctica de la virtud.

La lista de filósofos que han abordado temas relacionados con la felicidad, la auto-observación, las virtudes, las fortalezas, el buen vivir, compasión, el amor, etc...es muy larga y de varias escuelas, así, están los Griegos como Cicerón, Diógenes, Demócrito, Menandro, Publio Siro, Platón, Marco Aurelio; filósofos de la iglesia católica como San Agustín, Santo Tomas de Aquino; pensadores árabes como Maimonides y Rhazes, pensadores como Kant, Spinoza, Locke, Kierkegaard, Nietzsche (Fernández, 2008). No poder nombrar a todos aquellos autores que han escrito sobre el tema, es no hacerle justicia a su trabajo, pero nombrarlos a todos sería desviarnos del objetivo de presente trabajo.

Entre los antecedentes más destacados se encuentran en primer lugar los aportes de la Psicología Humanística que se gestó en la década de los 60 y 70. Ellos hacen hincapié en las mismas premisas que la Psicología Positiva, las cuales entre las más destacadas se pueden mencionar la voluntad, responsabilidad, esperanza y las emociones positivas. En segundo lugar, en la década de los 80 se sucedida una serie de investigaciones independientes que no formaban parte de ninguna corriente, estas investigaciones se centraban en la creatividad, el apego, la resiliencia, las inteligencias múltiples, la inteligencia emocional, el bienestar psíquico, etc. (Gancedo, 2006).

La diferencia entre la psicología positiva y la psicología humanista es que, el humanismo era tratado con escepticismo, ya que lo que podía dar a menudo era incapaz de probarse a través del método científico, y no pudo comprobar que las personas son buenas por naturaleza. En contraste, la psicología positiva ve la fuerza y la debilidad como auténticos y tan susceptibles de ser entendidos por la ciencia (Peterson, 2004).

Es así, que durante la segunda mitad del siglo XX trabajos realizados por Maslow, Rogers, Bandura, Sternberg, Garner, Ruff, Diner, entre muchos otros, van realizando aporte a lo que después será denominado Psicología Positiva (Hervás y Vázquez, 2009).

Sin embargo, lo que pareciera ser una corriente nueva de la psicología, sólo forma parte de lo que Casullo (2000) denominó enfoques salugénicos, donde se encuentran la psicología humanista, las investigaciones independientes de los 80 y la psicología positiva (Mariñelarena, 2011). A esta última hay que reconocerle la labor unificadora de las corrientes enfocadas al bienestar psíquico (Gancedo, 2008; Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006).

A pesar de tener poco más de una década desde su surgimiento, la psicología positiva ha tenido gran aceptación por varios académicos alrededor del mundo, es así que, universidades alrededor del mundo están impartiendo cursos de psicología positiva, como es el caso de la Universidad de Pennsylvania en Estados Unidos, la Universidad del Este de Londres en el Reino Unido, Claremont Graduate University en los Estados Unidos, la Universidad Iberoamericana en la ciudad de México. En países como Australia, Israel, Italia y Portugal están desarrollando programas de posgrado en Psicología Positiva (Castro, 2010)

El futuro de la psicología positiva será quizá su desaparición, la cual, no ha de ser tomado como un fracaso, puesto que se espera que al desaparecer deje como herencia una psicología equilibrada (Lazarus, 2003; Diener, 2003b; King, 2003) Como dice Vázquez (2006), la psicología positiva del futuro será psicología o no será nada.

### **Tópicos de la psicología positiva**

En sus inicios la psicología positiva se centraba en temas como la felicidad, la motivación intrínseca, las ilusiones positivas, la sabiduría, el talento, los mecanismos adaptativos, la creatividad y el desarrollo humano (Seligman, 2002). Pero como movimiento nuevo, necesitaba encuadrar sus investigaciones, así que en el 2000 durante el encuentro de investigadores realizado en Akumul, México se acordaron los pilares básicos de la psicología positiva, donde todas las investigaciones realizadas quedan enmarcadas en una de ellas. Estos pilares son:

la vida placentera, el compromiso, la vida con significado (Seligman, 2002) y los vínculos sociales (Seligman, 2009).

Las emociones positivas son la primer ruta por la que se puede llegar a la vida placentera (*pleasant life*), ésta consiste en incrementar la mayor parte del tiempo y las emociones positivas para ser feliz. Estos momentos felices pueden alcanzarse en el momento presente a través del *savoring* y el *mindfulness*; el *savoring* consiste en deleitar nuestros sentidos de la forma más auténtica posible, de saborear el momento presente. El *mindfulness* es un estado mental que se alcanza a través del entrenamiento caracterizado por la atención plena de los propios pensamientos, acciones o sensaciones.

Este primer nivel presenta limitaciones, ya que el nivel emocional de las personas es fijo (Lyubomirsky, 2007), es decir que está determinado por componentes genéticos y por el tipo de personalidad, otra desventaja es la habituación o adaptación hedónica, esto hace necesario el incremento de las emociones positivas para conseguir los mismos resultados de placer; ya que a grandes cantidades de afecto positivo, se experimentan grandes cantidades de afecto negativo también, llegando a una línea base (*set point*) (Diener, Lucas y Scollon, 2006).

El segundo tópico tiene que ver con el compromiso (*engaged life*). El placer se deriva del compromiso con las tareas afectivas y con la capacidad de experimentar *flow*, este estado se alcanza cuando una actividad es absorbente y se tiene la sensación de que el tiempo se detiene o se pasa volando; para ello es necesario que la tarea no sea muy aburrida, ni tampoco muy estresante. El *flow* consiste en que la gratificación no se da de primera mano, como se da con las emociones positivas, sino que exige esfuerzo y trabajo. El logro de la virtud no es una meta final, es un trabajo constante y muchas veces no resulta placentero. Para que dicho estado se alcance, es necesario ser conscientes de las fortalezas personales al aplicarlas en una tarea concreta.

La tercera vía se refiere a la vida como significado (meaningfull life) la cual tiene que ver con la búsqueda de sentido, es la aplicación de las fortalezas personales para el desarrollo de algo más importante y amplio que uno mismo, es aplicar las fortalezas para ayudar a los demás y hacer que éstos puedan desarrollar sus potencialidades; este proceso se da a partir de instituciones como: la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad. En suma, es poner las capacidades al servicio de los demás para obtener un significado vital como resultado.

Las tres tópicos mencionadas se complementan; si bien las personas pueden alcanzar la vida plena a través de alguna de las tres rutas, aquellas que presentan mayor satisfacción son las que los emplean conjuntamente (Peterson, 2006). En 2009, Seligman agregó un cuarto tópico y se refiere al de los vínculos positivos (la vida social) como vía de acceso a la felicidad y que tiene su origen en la investigación sobre el bienestar psicológico, que identifican a las personas extremadamente sociables como las más felices.

Estas tópicos están relacionadas con la filosofía de Epicuro y Aristóteles, las primeras dos, la vida placentera y el compromiso está relacionado con el estilo hedonista, donde se busca satisfacer las necesidades al instante, mientras la tercera está más enfocado al estilo eudaimónico, en donde se da un despliegue de toda la capacidad del ser humano, de las virtudes y de las fortalezas al servicio de uno mismo y de los demás.

### **Estudios sobre Psicología Positiva**

El bienestar subjetivo es uno de los temas a los que se ha enfocado la psicología positiva, ésta se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Por lo que Diener (2000) sostiene que, es la propia evaluación que la persona hace de su vida.

Otro tema de interés es el optimismo, las personas optimistas, sin negar sus problemas, tienen esperanzas y crean estrategias de acción y afrontamiento a la realidad. Por lo que el optimismo es un rasgo que parece mediar entre los eventos externos y su interpretación personal, rasgos que varían en su magnitud. En el optimismo se ven involucrados componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores (Peterson, 2000).

En cuanto a los estudios referentes a la felicidad, pueden plantearse de dos maneras, como rasgo o como estado; el primero se refiere a un sentimiento general que hace leer positivamente las diferentes situaciones o avatares de la vida y el segundo sería un estado general que se consigue a través de estados parciales o situacionales de la felicidad (Hernández y Valera, 2001).

En una variedad de estudio de autoinforme realizados por Myers (2000), señalan que universalmente las personas se definen como moderadamente felices. Además de que, las personas más felices son menos autorreferentes, hostiles, abusadoras, y vulnerables a las enfermedades. También están más dispuestas a perdonar, a ser más generosos, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales, y cooperadoras (Myers, 1993).

Las emociones positivas, que en un inicio se tenían desatendidas como lo menciona Haidt (2000), ahora se les está poniendo atención ya que se ve el impacto positivo que tiene en otras áreas como la capacidad de resolver problemas, aumenta la creatividad, mejora la capacidad para resistir el dolor, aumenta el altruismo, etc. (Avia y Vázquez, 1998). Mientras las emociones negativas ayudan a la supervivencia (Hervás, 2009).

El estudio de la resiliencia es uno de los campos en el que también se ha volcado la atención de los investigadores, aunque los trabajos ya se remontan desde los estudios de Wernes y Smith, (1982, 1992), es un tema que sigue siendo explorado por investigadores como Calhoun y Tedeschi (1999) Cyrulnick (2001), Linley y Joseph (2004) Bonanno (2005). Se entiende la resiliencia como: la capacidad para afrontar situaciones adversas o potencialmente traumáticas y enfrentarlas como

retos o desafíos más que como amenazas. También como el hecho de que después de haber pasado por una situación potencialmente traumática no haya generado reacciones psicopatológicas o problemas de adaptación relevantes. (Hervás, 2009).

El estudio de las fortalezas personales pretende conocer los aspectos más valiosos y deseables del ser humano, estas investigaciones realizadas principalmente por Peterson y Seligman, dieron como resultado el libro *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification* (Manual de clasificación de las fortalezas y virtudes) publicado en 2004. Que sería como la contraparte del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y del ICD (international Classification of Diseases), ya que lo que pretende es ser un referente de los rasgos positivos que las personas poseen

Sus aportes a la clínica aún están en desarrollo, pero ya están dando frutos; al respecto Pawelski (2009), comenta que una intervención, para ser positiva, debe estar basada en un meliorismo constructivo como base filosófica, es decir, buscar, desarrollar y centrarse más en los aspectos positivos de las personas, que en los aspectos negativos o en la enfermedad.

Alrededor del mundo se están realizando investigaciones que tienen como base la psicología positiva, estas investigaciones se han acrecentado conforme pasa el tiempo y se están realizando de manera independiente o grupal depende del caso de cada investigador (Gancedo, 2008; Hervás, 2009; Vázquez, 2009).

### **Critica a la psicología positiva**

Como todo movimiento nuevo que surge e incluso los que ya tienen décadas, ésta no está exenta de sus detractores. Por lo que, el surgimiento de la psicología positiva da pie a malos entendidos entre sus detractores, ya que se argumenta que lo presentado como un nuevo enfoque de la psicología, no es más que un conjunto de teorías que en otras épocas ya se habían revisado, por tanto, la

psicología positiva no tiene nada de novedoso (Fernández-Ríos y Cornes, 2003), además, no se le hace justicia a todos aquellos teóricos que a lo largo de la historia han realizado aportes teóricos a la psicología positiva.

A esto Duckworth, Steen y Seligman (2005) argumentan que toda la psicología positiva no consiste más que llevar a cabo una investigación empírica de toda la sabiduría del pasado utilizando la tecnología o instrumental psicológico actual.

También, la psicología positiva es acusada de afirmar, consignar, recomendar prácticas y prometer resultados muy similares a aquellas ofertados por sanadores, predicadores, couchers y escritores de décadas anteriores (Cabañas y Sánchez, 2012). Tornando a la psicología positiva como parte de las corrientes de superación personal y autoayuda, como es el caso de los libros que tienen poca credibilidad.

Otra de las críticas es que su estructura teórica es incipiente, ya que su modo de abordar los temas se basa en investigaciones empíricas y los resultados que arrojan éstas pueden ser distintos de una sociedad a otra. (Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006). Esto ocasiona que algunos académicos no la consideren como seria.

Además, se le acusa de no agregar nada al sentido común de cómo vivir bien la vida o de cuál es el camino llegar a ella. Por lo que se ha dicho que su aplicación se da en un estado intuitivo (Ayala, 2011). Sin embargo, muchos de los estudios realizados por la psicología positiva han resultado contraintuitivos (Peterson, 2006; Lyubomirsky, 2007). Los temas relacionados con el bienestar no son tomados como superficiales y poco serios como para ser investigados en el ámbito científico.

## **FORTALEZAS PERSONALES**

### **Antecedentes**

A lo largo de la vida, el ser humano se enfrenta a una serie de sucesos en los que se pone a prueba la capacidad de resistencia tanto física como psicológica, muchos de estos sucesos ocasionan que la homeostasis de las personas se vea turbada, y que se pierda toda esperanza. Pero, ¿qué es lo que hace que unas personas respondan mejor ante un suceso catastrófico?, ¿qué es lo que hace que las personas puedan continuar o se queden estancadas?.

Dentro de las líneas de investigación de la psicología positiva se encuentra el estudio de las fortalezas personales, esto con la finalidad de comprender los factores que intervienen en el momento en que una persona se encuentra en crisis, qué es lo que hace que estas personas sigan luchando. Por lo que, desde décadas anteriores ya se había iniciado con el estudio de este tipo, pero más enfocados a la personalidad.

En 1999, un grupo de investigadores entre los que destaca Csikszentmihalyi, Diener, Seligman y Peterson, iniciaron el trabajo de crear una lista de fortalezas humanas que permitiera profundizar en el desarrollo de una psicología centrando los rasgos positivos. Dando como resultado el manual “Character Strengths and Virtues. A Handbook and classification”, publicado en 2004 por Seligman y Peterson, el cual pretende ser un referente internacional de la salud mental en su vertiente positiva.

El estudio de las fortalezas personales se sustenta en la teoría de los rasgos en la que se reconoce la existencia de diferencias individuales estables y generales que pueden ser moldeadas por el entorno. Se entiende por rasgo a un patrón relativamente duradero de conducta que es relativamente consistente en distintas situaciones (Allport, 1922). En esta teoría lo que se pretende es dar una descripción de los rasgos más que tratar de explicar su origen.

Entre los retos que se formularon, fue encontrar una lista de rasgos positivos que pudieran ser aplicados universalmente, por lo que, se dieron a la tarea de realizar un análisis de distintas culturas del mundo como: la China, la Hindú, la Árabe, la Griega, etc., así como, analizar distintas tradiciones religiosas como el Budismo, Taoísmo, Hinduismo, Judaísmo, Cristianismo e Islam entre otras; todo esto, con la finalidad de conocer cuáles eran aquellos rasgos o virtudes que aprecian como valiosos dentro de su cultura. (Seligman y Peterson, 2004; Zavarce, 2011).

Otros aportes que se toman como referencia están los trabajos realizados en la investigación sobre el desarrollo infantil y juvenil, catálogos ya existentes de virtudes, así como aportaciones de filósofos destacados. Después de un arduo trabajo de análisis, se encontró una serie de convergencia a lo largo de las distintas tradiciones, culturas o épocas a las que pertenecen, dando así origen a una lista de seis rasgos positivos deseables en las distintas culturas, estos rasgos son:

- Sabiduría o conocimiento
- Coraje
- Humanidad
- Justicia
- Templanza
- Trascendencia

Se decide cambiar el nombre de rasgos positivos por el de virtudes, entendidas éstas últimas como las características valoradas por filósofos morales y pensadores religiosos y, para considerar que una persona las posee, deben estar por encima de un cierto valor (Martínez, 2006). Con la finalidad de un mejor entendimiento, se decide hacerlas lo más operativas posibles y se da lugar a lo que serán las fortalezas personales.

Para poder realizar dicha clasificación, de fortalezas personales, cada una debe seguir una serie de criterios. Al final se logra una descripción de 24 fortalezas,

presentada como una propuesta que intenta sistematizar el estudio de las fortalezas y las virtudes.

Durante este tiempo, también se han creado instrumentos que buscan medir dichas fortalezas y virtudes, por lo que Seligman y colaboradores han creado un instrumento llamado VIA (Values in Action Inventory of Strengths, 2004).

El instrumento es de auto-aplicación tipo Likert con 240 ítems, las respuestas son: muy parecido a mí, algo parecido a mí, neutro, algo diferente a mí, muy diferente a mí, se puede contestar en un tiempo de unos 20 minutos y se encuentra disponible en el Centro Virtual de Psicología de la Universidad de Pensilvania (<http://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/register.aspx>).

Entre otros instrumentos que se han creado, está el VIA-Y, que es una adaptación del VIA para adolescentes (Peterson, Seligman, Dahlsgaard y Park, 2003; Peterson y Seligman, 2004). O el VIA-RTO, que es una variante del VIA, pero en este cuestionario se les pide que piensen en una situación en la que han experimentado una fortaleza opuesta. (Peterson y Seligman, 2004). Para los niños se tiene el instrumento de Valores (Park y Peterson, 2006), o el Children's Hope Scale (Snyder, 2003), que mide fortalezas determinadas. Mikulic y Fernández (2006) diseñaron la entrevista estructurada para evaluar fortalezas en niños (EFNA) y el inventario de calidad de vida para niños y adolescentes (ICV-INFANTO.JUVENIL; Mikulic y Muiños, 2004), entre otros.

### **Concepto de Virtud y Fortalezas**

Una virtud es un hábito selectivo que consiste en un término medio relativo a nosotros, determinados por la razón y por aquella por la cual decidiría el hombre prudente. Para Kant (1786) es la disposición de obrar conforme a la intención moral o como la fortaleza moral en el cumplimiento del deber. Aristóteles (343-330 a.C.) ya explicaba que una virtud no puede ser ni una facultad ni una pasión sino un hábito; esto quiere decir que aparecen no por naturaleza sino como

consecuencia del aprendizaje, la práctica y la repetición. Estos hábitos son aquellos por los que un sujeto cumple bien su función propia, por lo que son hábitos buenos, de lo contrario son vicios.

El concepto de virtud está referido a aquellas capacidades que pueden adquirirse a través de la voluntad, los cuales representan rasgos positivos de la personalidad que ayudan a que las personas tengan vidas satisfactorias (Seligman y Peterson, 2002). Cabe destacar la importancia y la capacidad de las personas para poder adquirir dichas virtudes puesto que no son dadas por divinidad o están determinadas por la biología.

Nietzsche, cuando habla sobre las virtudes dice: busquémoslas en nuestros laberintos, en donde tantas cosas, bien sabido es, se extravían y pierden frecuentemente. ¿Hay nada más bello que entregarse a la investigación de sus propias virtudes? Es así como Nietzsche invita a buscar dentro de sí mismo aquella fuerza impulsora, ese motor que motiva a seguir hacia adelante, así mismo, como la autoexploración para el conocimiento de uno mismo. (Más allá del bien y el mal, 1986).

Las fortalezas constituyen el principio fundamental de la condición humana y una actividad congruente con ellas, representa un importante camino hacia una vida psicológica óptima. Las fortalezas proporcionan la explicación para una vida bien vivida. Son los aspectos psicológicos que definen las virtudes, aquellas formas distinguibles en las que se manifiestan una virtud (Martínez, 2006).

Una fortaleza es un rasgo moral o característica psicológica que se presentan en situaciones distintas y, a lo largo del tiempo. Cada una de ellas es la vía para llegar a alcanzar las seis virtudes, las cuales por su criterio de ubicuidad son valoradas. Como rasgos morales son propensos a ser potencializados, además de que implican cierto grado de voluntad. Por lo que, las fortalezas personales son las formadoras del buen carácter (Seligman, 2002).

Por lo tanto, una fortaleza debe ser un rasgo, en el sentido de que tenga cierto grado de generalidad en las situaciones y estabilidad a través del tiempo. Una fortaleza se celebra cuando está presente y se lamenta cuando está ausente. Los padres intentan inculcar fortalezas en sus hijos y la sociedad provee instituciones y rituales asociados para cultivarlas. Cada cultura en particular, provee por imposición, modelos de rol y parábolas que las ilustran. Por ende, las fortalezas son rasgos morales de fácil adquisición, se forjan con el tiempo y la práctica, la buena educación y dedicación. (Seligman, 2004).

### **Clasificación de las Fortalezas Personales**

El estudio de las fortalezas se inició en 1999 con los trabajos de Seligman y colaboradores, teniendo como resultado la publicación del manual de fortalezas y virtudes (“Character Strengths and Virtues. A Handbook and classification”) en 2004 después de un arduo análisis de distintas culturas y religiones en distintas épocas.

Lo primero que se obtuvo fueron seis virtudes, éstas tenían que cumplir con tres criterios que son: ser valoradas prácticamente en todas las culturas, que se valoren por derecho propio, y no como medio para alcanzar otros fines y, por último que sean maleables (Seligman, 2002). Quedando la siguiente lista:

- Sabiduría y conocimiento: éstas engloban las fortalezas cognitivas relacionadas con la adquisición y uso del conocimiento.
- Coraje y valor: fortalezas emocionales relacionadas con actuación consciente dirigida a objetos encomiables, realizados ante fuentes de adversidad y ante la incertidumbre de si podrán ser conseguidos o no.
- Humanidad y Amor: son fortalezas interpersonales que incluyen acercamiento y amistad con otros.
- Justicia: fortaleza cívica que persigue una vida en comunidad saludable.

- Templanza: fortaleza que protege contra los excesos y facilita la expresión apropiada y moderada de los apetitos y necesidades.
- Trascendencia y espiritualidad: fortalezas que conectan con el universo más amplio y proporcionan un significado a la vida.

Peterson y Seligman (2004) consideraron que las virtudes eran demasiado amplias y abstractas, por lo que utilizan el concepto de fortaleza para referirse a la manifestación psicológica de la virtud. Es entonces que, a cada virtud se le asigna un determinado número de fortalezas dando un total de 24, quedando de la siguiente manera:

#### I. Sabiduría y Conocimiento:

1. Curiosidad, interés por el mundo: tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas.
2. Amor por el conocimiento y el aprendizaje: adquirir nuevas habilidades y llegar a dominar nuevos tópicos o cuerpos de conocimiento, tendencia continúa a adquirir nuevos aprendizajes, por cuenta propia o a través del aprendizaje formal.
3. Mentalidad abierta: pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices. No sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad. Estar dispuesto a cambiar las propias ideas con base en la evidencia.
4. Creatividad: pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas. Incluye la creación artística pero no se limita exclusivamente a ella.
5. Perspectiva: Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás, encontrando caminos no sólo para comprender el mundo, sino para facilitar su comprensión a las demás personas.

## II. Valor y Coraje:

6. Valentía: no dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que se considera correcta aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás, actuar según las propias convicciones aunque eso suponga ser criticado. Incluye la fuerza física pero no se limita a eso.

7. Perseverancia: terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad aunque existan obstáculos. Obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito.

8. Honestidad: ir siempre con la verdad y ante todo ser una persona genuina, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.

9. Vitalidad: Afrontar la vida con entusiasmo y energía. Hacer las cosas con convicción y dando todo de uno mismo. Vivir la vida como una apasionante aventura, sintiéndose vivo y activo.

## III. Amor y Humanidad:

10. Amor, apego, capacidad de amar y ser amado: tener importantes y valiosas relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos. Sentirse cerca y apegado a otras personas.

11. Amabilidad, generosidad, bondad: hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas.

12. Inteligencia emocional, personal y social: ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, saber cómo comportarse en las diferentes situaciones sociales, saber qué cosas son importantes para otras personas, tener empatía.

#### IV. Justicia:

13. Civismo y trabajo en equipo: trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.

14. Sentido de la justicia, equidad e imparcialidad: tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia. No dejar que los sentimientos personales influyan en decisiones sobre los otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades.

15. Liderazgo: animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas de dicho grupo. Organizar actividades grupales y llevarlas a buen término.

#### V. Templanza:

16. Capacidad de perdonar, misericordia: capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.

17. Modestia y humildad: dejar que sean los demás los que hablen por sí mismos, no buscar ser el centro de atención y no creerse más especial que otros.

18. Prudencia: ser cauteloso a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios ni diciendo o haciendo nada de lo que después uno se pueda arrepentir.

19. Auto-control, auto-regulación: tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones. Tener disciplina y control sobre los impulsos y emociones.

#### VI. Trascendencia:

20. Apreciación de la belleza y la excelencia: notar y saber apreciar la belleza de las cosas o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia, etc.

21. Gratitud: ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan. Tomarse tiempo para expresar agradecimiento.

22. Esperanza: esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.

23. Sentido del humor y entusiasmo: gustar de reír con frecuencia y gastar bromas, ver el lado positivo de la vida.

24. Espiritualidad: pensar que existe un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia. Creer que existe algo superior que da forma o determina nuestra conducta y nos protege.

Esta clasificación propuesta es un intento de sintetizar el estudio de las virtudes y las fortalezas, demarcando su campo de estudio. Para lograrlo, se han definido una serie de criterios para discernir si cierta característica humana es una fortaleza o no, estos criterios son (Peterson y Seligman, 2004):

- Ubicuidad. Hace referencia a que una fortaleza debe ser reconocida y celebrada en las diferentes culturas.
- Satisfacción. Alude a que debe contribuir a la realización personal, la satisfacción y la felicidad.
- El tercer criterio hace referencia a que la fortaleza debe ser moralmente valorada por sí misma. Aun cuando no es seguida de consecuencias benéficas.
- El desarrollo de una fortaleza en una persona no disminuye el desarrollo en otra.

- Es necesario que no exista un antónimo de la fortaleza en términos positivos.
- Una fortaleza debe manifestarse en la conducta de un individuo.
- La fortaleza se distingue de otros rasgos positivos en su clasificación y no puede ser descompuesta en otras.
- Es necesario que existan diferentes manifestaciones culturales de esa fortaleza, a través de historias, canciones, poemas ...
- Es posible encontrar las fortalezas en su forma pura o extrema, es decir, ejemplos de personas virtuosas en alguna fortaleza.
- Cabe esperar la existencia de prodigios con respecto a las fortalezas.
- Puede haber gente que no muestre, selectivamente alguna fortaleza.
- La mayoría de las sociedades ha provisto de instituciones y/o rituales con el objetivo de cultivar fortalezas y virtudes para favorecer su práctica.

Varias de estas fortalezas han sido investigadas de manera independiente, unas más que otras pero aún se sigue trabajando en el tema, así como su aplicación en las distintas áreas de la psicología: clínica, educativa, social, etc. A la vez que se investiga la manera de como poder potencializarlas. (Park y Peterson, 2009; Urra, 2010;).

### **Beneficio del estudio de las Fortalezas Personales**

La psicología positiva se enfoca en la potencialización de las fortalezas y virtudes, en los aspectos positivos de las personas más que centrarse en la enfermedad y los trastornos, es así que, más que ser una psicología aplicada al tratamiento, lo que busca es ser una psicología preventiva de la patología, ya que es más eficaz

cuando los esfuerzos se centran en la construcción, detección y potencializarían de las fortalezas (Seligman y Peterson, 2000; Ayala, 2011; Sol, 2012;)

La importancia de estudiar las fortalezas y las virtudes residen en que, ante situaciones de desgracia y de trastornos psicológicos, éstas funcionan como una barrera, además, pueden ser la clave para aumentar la capacidad de recuperación (Seligman, 2003). Dando lugar a sujetos más sanos.

La aplicación de programas enfocados en la potencialización de las fortalezas en jóvenes ha demostrado que tiene un mejor desempeño escolar, y que en caso de situación de fracaso, ellos tienden a ser más persistentes. (Peterson y Park, 1998). Al estar enfocados en los niños y adolescentes, se tendrá un mejor desarrollo en la sociedad ya que en investigaciones realizadas por Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott y Hill (1999) demostraron que son menos propensos a cometer actos de violencia.

Aquellos trabajos relacionados con el coraje, han demostrado que las personas que se implican en perseguir un objetivo, tienen mayor probabilidad de tolerar la frustración y la incertidumbre, así como la valentía demostrada en las personas que hacen lo correcto a pesar de saber que corren riesgos, considerando que la valentía guarda una estrecha relación en la recuperación de enfermedades físicas y trastornos psicológicos (Peterson, Park y Seligman, 2006).

Mientras que las fortalezas involucradas con la virtud de la justicia, han demostrado que aquellas personas que las poseen, tienden a ser más colaborativos en el grupo en el que se encuentran, tienen la capacidad de ser líderes y de este modo poder guiar al grupo a un fin en el que todos se vean beneficiados, asimismo que pueden formular juicios equilibrados y objetivos (Bisquerra y Peterson, 2007; Giménez, Vázquez y Hervás, 2010).

La potencialización de las fortalezas relacionadas con el conocimiento y la sabiduría, fomenta en los niños y jóvenes un deseo por conocer lo que sucede a su alrededor, además, de que las personas tiene la capacidad de buscar

alternativas para realizar las cosas y están abiertos a una posibilidad variada de pensamiento, experiencias y el modo en que los afrontan (McCrae y Costa 1988; Peterson y Seligman, 2004; Wavro, 2004).

Seligman y Csikszentmihalyi (2000), corroboraron que las fortalezas relacionadas con la trascendencia funcionan como amortiguador ante enfermedades y mejora la calidad de vida; mientras que Gilman (2006) encontró que se encuentran más satisfechos con su vida.

Como se ha planteado en un inicio, todas estas investigaciones no pretenden ser una panacea, ni mucho menos quiere decir que el estudio de las fortalezas personales ha terminado, sino como lo plantean sus iniciadores, todo esto sólo es el primer paso dentro de una larga carrera en la investigación de las fortalezas y virtudes de las personas, (Seligman y Peterson, 2004), además de que el objetivo no sólo es su estudio y análisis sino, el reconocimiento y el pleno aprovechamiento de las mismas.

## Capítulo II. Cáncer infantil y su impacto en padres de familia

### ¿Qué es el cáncer?

El cáncer es un problema de salud pública en todo el mundo y afecta a personas de todas las edades y condiciones social ya sean niños, jóvenes o ancianos; ricos o pobres, hombres o mujeres. En el año 2005 en América central, Sur y Caribe, se estima que murieron un total de 479,900 personas por causa del cáncer. (OMS, 2005). Mientras que en el 2012 causo un total de 1.3 millones de muertes alrededor del mundo, de las cuales, un 47 % sucedieron en América Latina y el Caribe.

Se prevé que esta enfermedad tenga un incremento del 45% entre los años 2007 al 2030, pasando de 7.9 millones de defunciones a 11.5 millones; además, se estima que en este tiempo los casos nuevos diagnosticados aumenten de 11.3 a 15.5 millones de casos, esto debido al incremento de la población y los estilos de vida de las personas (IUCC, 2005). Sin embargo, alrededor del mundo se han creado organizaciones que se están encargando de realizar acciones, para de este modo poder, disminuir dicha enfermedad, es de destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (IUCC), así como organismo propios de cada país y organizaciones privadas.

¿Qué es el cáncer? El cuerpo humano está constituido por trillones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen en nueva células, y mueren de manera ordenada. Así, durante los primeros años de vida, las células normales se dividen más rápidamente para permitirle a la persona crecer, después de que la persona alcanza la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o que están muriendo, y para reparar lesiones.

Sin embargo, se da el caso en que las células siguen creciendo de manera anormal y en lugar de morir forman células anormales, éstas pueden invadir

(crecer) otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. Este crecimiento e invasión sin control a otros tejidos convierte a una célula en cancerosa.

Por lo tanto, cáncer es el calificativo que se le da al conjunto de enfermedades crónicas originada por el crecimiento y diseminación descontrolado de las células, este crecimiento se puede dar en cualquier parte del cuerpo y formar tumores (neoplasmas), otros como la leucemia puede afectar la sangre y los órganos hematopoyéticos.

Brees y Berkow (1998) definen el término cáncer como: la proliferación de células cuyo rasgo característico (pérdida de los mecanismos normales de control) tiene como resultado un crecimiento sin regulación, ausencia de diferenciación, invasión de tejidos locales y metástasis.

Existen más de 100 tipos de cáncer, en su mayoría pueden ser curados cuando son detectados a tiempo y con el tratamiento adecuado. Su etiología, va a depender el tipo de cáncer; por lo que factores internos (herencia), como externos (el medio circundante) así como los hábitos (alimentación y ejercicio) son factores que influyen para que una persona padezca o no dicha enfermedad.

El cáncer no es una enfermedad que se desarrolle de manera homogénea, en un estudio realizado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer indicaron que, en países como Israel el índice de cáncer en su población es muy baja al igual que en África, India y Asia Menor; mientras que en países como Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y países Europeos presentan el mayor índice de personas con esta enfermedad; América Central y el sur de Asia se encuentran con una tasa intermedia (Ferlay, Brayn, Pisani y Parkin, 2000).

### **Tipos de cáncer**

El cáncer es un conjunto de enfermedades que presentan una alteración en el crecimiento y diseminación de las células, se han detectado más de 100 tipos,

algunas de estas presentan la formación de tumores que pueden desarrollarse en diferentes partes del cuerpo (Orden, 2000).

Sobre su etiología, se han de tener en cuenta factores internos como la herencia, aunque sólo entre un 5 y 10 por ciento de los cánceres son de este tipo; los factores externos como el medio circundante, esto se da a partir de la exposición en áreas de peligro como el trabajo o a un ambiente contaminado; así como algunos hábitos relacionados con la alimentación, el alcoholismo, fumar o no hacer ejercicio. La siguiente tabla muestra el porcentaje de algunos factores que intervienen en dicha enfermedad:

Tabla 1: Factores de riesgo y sus porcentajes atribuidos.

Factores de riesgo	Porcentaje atribuido
Dieta	35
Consumo de cigarro	30
Infecciones	10
Rayos solares	3
Alcohol	3
Ocupación	4
Radiación	1
Contaminación	2
Medicamentos	1

Factores de riesgo asociados al cáncer y porcentajes de atribución en Estados Unidos. Adaptado de Doll y Peto (1981).

El cáncer es una enfermedad que tiene varios orígenes o pueden ser varios los desencadenantes de la misma, por lo que dependiendo del factor que lo detona será el tipo de cáncer que padecerá. Aunque existe una vasta variedad de tipos de cáncer, la mayoría se agrupan en cuatro categorías (Buceta y Bueno, 1996):

- Carcinomas: neoplasmas malignos de la piel y de órganos, como el aparato respiratorio, digestivo o tracto respiratorio, que viene a representar el 85% de los cánceres humanos.
- Linfoma: cánceres del sistema linfático.
- Sarcomas: neoplasmas malignos del tejido muscular, óseo o conectivo.
- Leucemias: cánceres de los órganos que forman la sangre, tal como la médula ósea, que conduce a una extremada proliferación de glóbulos blancos.

Los tipos de cáncer más comunes son: de mama, cervicouterino, próstata, hígado, pulmón, cerebro, de la piel, estómago; algunos son exclusivos del género como, el de ovario, o cervicouterino en el caso de las mujeres, o de testículo y próstata en el caso de los hombres; se han presentado casos en que hombres padecen de cáncer de mama pero son muy raros.

Otros, dependerán de la edad, ya que muchos de los cánceres que padecen los adultos son poco frecuentes en niños y adolescentes, tales como el de próstata que se da en adultos y adultos mayores, o el cáncer de pulmón que se debe al consumo excesivo de cigarro; además de que el cáncer de pulmón es el tipo de cáncer que más personas mata en el mundo; la mayoría de los cánceres que se dan en los adultos son producto de sus prácticas nocivas como el consumo de alcohol, cigarro o algunas drogas. En los menores de edad, el cáncer más común es la leucemia, que está determinada por anomalías en los registros del ADN.

También dependiendo del país donde se vive, por lo que hay una predominación de algún tipo de cáncer según el nivel de desarrollo en el que se encuentran; así se tiene que en países desarrollados predominan los tipos de cáncer como el de

mama, próstata, colon y recto; mientras en países subdesarrollados el cáncer gástrico o del cuello del útero son los más dominantes.

Los distintos tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy diferente. Es por eso que las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico para cada uno de los tipos.

Cabe aclarar que existen tumores malignos y los no malignos, los tumores malignos crecen de manera descontrolada y rápida, destruyen otras células, tejidos y órganos, se propagan y forman metástasis y si no son tratado a tiempo ocasionan la muerte; en cambio, los tumores benignos crecen lentamente, no se propagan, no destruyen otros tejidos ni órganos y no tienen consecuencias secundarias.

Los síntomas del cáncer son muy particulares, esto dependerá del tipo de cáncer y del lugar donde se está alojando, es por eso que el diagnostico lo ha de realizar un especialista (oncólogo), él será quien indique que es lo mejor a seguir, ya que, como los cánceres se comportan de distinta manera ellos recomendaran el mejor tratamiento.

### **Cáncer infantil**

El cáncer infantil es una enfermedad que va a la alza, pues se estima que cada año se diagnostican 160,000 casos de cáncer infantil, de los cuales 90,000 morirán por esta causa, muchos de estos casos podrían salvarse, pero el diagnóstico tardío así como un tratamiento deficiente son la causa de que muchos de estos niños perezcan a causa de dicha enfermedad (IUCC, 2002)

Los tipos de cánceres que se desarrollan en los niños son diferentes de los tipos que se desarrollan en los adultos. Los cánceres infantiles son a menudo el resultado de cambios en el ADN, de las células que se desarrollan muy temprano en la vida, a veces incluso antes de nacer. A diferencia de muchos tipos de cáncer

en adultos, los cánceres infantiles no están estrechamente vinculados al estilo de vida o los factores de riesgo ambientales.

Los factores que intervienen en los adultos son de tipo externo y de los hábitos alimenticios o de prácticas no saludables, en los niños el factor interno es el más recurrente, esto quiere decir que, el cáncer infantil se debe más a las alteraciones genéticas y a la herencia (Fernández, Yélamos, Pascual y Medina, 2006).

Los tipos de cáncer infantil más comunes son:

La leucemia: es una enfermedad que altera las células que forman la sangre, tiene su origen en la parte blanda de la médula ósea; existen varios tipos de leucemia, entre las cuales la leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la que más presentan los niños, mientras que la leucemia mieloblástica aguda (LMA), es la más frecuente en adolescentes (Grua, 2001; Pérez y Rojas, 2011).

Otros, son los tumores del sistema nervioso central, éstos presentan la formación de neoplasmas y ocupan el segundo lugar en frecuencia de tumores infantiles. Los linfomas son otro tipo de cáncer que afecta a los niños y éste se desarrolla en el tejido linfático, que forma parte del sistema inmunológico.

Los neuroblastomas son un tipo de cáncer que se desarrolla en las células nerviosas de la glándula adrenal, este cáncer sólo se presenta en niños por lo general menores de 5 años. El osteosarcoma es muy frecuente en niños y adolescentes, tiene su origen en las células óseas inmaduras que crecen en el tejido óseo. El tumor de Wilms, ocurre generalmente en niños menores de 10 años y es ocasionado por un tumor renal. Los sarcomas de partes blandas son otro tipo de cáncer infantil, el más frecuente es el de Rhabdomyosarcoma, éste se origina en el músculo con mayor presencia en cabeza, cuello, pelvis y extremidades. El retinoblastoma es un cáncer que afecta la retina del ojo y que se presenta en niños menores de 5 años.

El tratamiento para los diferentes tipos de cáncer va desde la extirpación del tumor por medio de una cirugía, o la aplicación de químicos que se encargan de destruir

las células enfermas, la desventaja de la quimioterapia es que afecta también a las células sanas; otra técnica es la radiación, la cual consiste en la destrucción de las células cancerosas para evitar su crecimiento. Por lo general, estos tratamientos se dan de manera combinada, por lo que suelen ser tratamientos largos, costosos, agresivos y desfigurativos (Grua, 2002).

Los cánceres infantiles tienden a responder mejor a tratamientos como la quimioterapia, ya que los cuerpos de los niños toleran la quimioterapia mejor que los adultos. Sin embargo, los tratamientos de cáncer como la quimioterapia y la radioterapia pueden tener algunos efectos secundarios a largo plazo, por lo que los niños que sobreviven al cáncer necesitan atención para el resto de su vida (Salcedo y Chaskel, 2009).

### **Impacto físico en niños diagnosticados con cáncer**

El cáncer afecta a las personas en ámbitos como: el social, el familiar, su desempeño, desarrollo y en lo individual tanto en aspectos físicos como psicológicos. En el aspecto fisiológico, muchas de las afecciones que se llegan a presentar se deben más por el tratamiento que por la propia enfermedad, debido a que algunos tratamientos por si solos son muy agresivos con el organismo de las personas, tal es el caso de la quimioterapia y de la radioterapia, que no sólo afecta al sujeto en el instante que es sometido a este tratamiento, sino que deja secuelas a largo tiempo. (Murillos, 2006)

Los siguientes problemas o síntomas pueden deberse al cáncer en sí o a su tratamiento. Estos síntomas no afectan a todos los pacientes en la misma medida, ni tampoco se presenta con la misma intensidad o duración (Yosko y Green, 1990; Lewin, 1990).

Anemia. Es un decrecimiento en el número de glóbulos rojos en el torrente sanguíneo, sin suficientes glóbulos rojos, la capacidad del sistema circulatorio de

llevar oxígeno se ve deteriorada. Esto en ocasiones puede presentar vértigo, depresión, irritación y dolor de cabeza.

Se puede presentar sangrado debido a la trombocitopenia, que es un decremento en el número de plaquetas que circulan en la sangre, lo cual puede tener como resultado sangrado interno de la membrana mucosa o de la piel. Tal decremento puede ser causado por una falla en la médula para producir células megacariocitos, como resultado de la terapia de radiación.

Constipación o estreñimiento. Ésta puede ser causada por el progreso del cáncer en sí mismo, o por otros factores, tales como periodos prolongados de confinamiento en la cama, sin realizar ejercicio alguno. Ciertas drogas quimioterapéuticas pueden retardar o temporalmente inmovilizar la acción peristáltica del intestino. El estreñimiento puede ser resultado de una ingestión inadecuada de comida, o bien de deshidratación.

Diarrea. Alrededor del 75% de las personas tratadas con quimioterapia o terapia de radiación experimentan este síntoma en la región abdominal. Dificultades para tragar lo cual es un efecto colateral de la quimioterapia y de la terapia de radiación, es notorio la dificultad para comer y presentan dolor. Sequedad en la boca o xerostomía es una sequedad de la membrana mucosa que ocurre cuando la producción de saliva es inadecuada o nula. Suelen presentar fatiga lo cual es muy común en las personas que padecen cáncer.

La pérdida del cabello o la alopecia es un efecto colateral de la quimioterapia o radioterapia, usualmente es temporal, excepto cuando las dosis de radiación son muy altas. También se presenta pérdida de pelo en cejas, axilas, brazos y piernas, ésta última con muy poca frecuencia.

Las infecciones son más frecuentes y se presentan en el sistema respiratorio y genitourinario, en la piel, en las membranas mucosas y en la sangre. Debido a que el cáncer daña las defensas del cuerpo dejando a los pacientes muy susceptibles de contraer enfermedades.

La pérdida del apetito y las alteraciones del gusto son las dos causas mayores de desnutrición. Ésta tiene un impacto en la energía de las personas y por eso se presenta la fatiga. También presentan náuseas y vómito provocando inhibición para disfrutar de los alimentos, o para retenerlos, también son un efecto causado por la quimioterapia o radioterapia.

A todo esto habrá que sumarle el dolor provocado por la misma enfermedad y por las reacciones secundarias al tratamiento; con frecuencia el único dolor que se presenta es aquel asociado a la cirugía y tratamientos. El cáncer provoca destrucción de nervios, reducción de suministro de sangre, presión en nervios, las heridas por muy pequeñas que sean estas tardan más en sanar. (Lanzokowsky, 1983; Lewi, 1990).

### **Impacto psicológico en niños diagnosticados con cáncer**

El cáncer es considerado como una de las patologías más importantes en la infancia, ocupando la principal causa de muerte por enfermedades distintas de las presentadas por alteraciones congénitas en la niñez y adolescencia (Slater, 2002; Apter, 2003).

El cáncer pediátrico tiene una cantidad importante de efectos psicológicos en el paciente y su familia. El primer obstáculo al que se somete al niño es al afrontamiento, el cual está influido por aspectos como: el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad y la frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes médico-hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar, entre las más sobresalientes (Osorio y Oblitas, 2006).

La mayoría de los infantes que se enfrentan al diagnóstico de cáncer han demostrado, emocionalmente, una adecuada adaptación a esta situación así como en su desarrollo y un positivo crecimiento psicosocial. Una minoría de este grupo sin embargo, desarrolla problemas psicológicos, incluyendo la depresión, ansiedad, trastornos de sueño, dificultades en las relaciones interpersonales y no

cooperación con el tratamiento siendo necesaria su referencia a un especialista de la salud mental (Kazak y Meadows, 1989; Links y Stockwell, 1985; Noll, Bukowski, LeRoy, Rogosch y Kulkarni, 1991).

Estudios realizados por Eiser y Vance encontraron problemas con el funcionamiento social del infante, la cual limitan el liderazgo y las habilidades sociales que se evidencian en el entorno académico del niño, y en otras áreas (Parsons y Brown, 1998).

Los aspectos psicológicos generales subyacentes son la depresión y el estrés, los más comunes, y los que generalmente se sobreponen a síntomas como: el dolor, el enojo, el desarrollo de fobias a procedimientos médicos, fatiga, problemas para relacionarse con sus compañeros, sentimientos de vergüenza y aislamiento, insomnio, sentimientos de inutilidad, actitudes de desamparo y reducción en la autoestima (Osorio, 2007).

Varnie (1993), considera el estrés como el más importante factor de riesgo potencialmente modificable para inadaptación psicosocial después del cáncer. Ya que los niños presentan ansiedad por los cambios que se presentan en el transcurso de la enfermedad y el tratamiento, derivado de los cambios en la imagen corporal, que incluyen la pérdida del cabello, cambios de peso, presencia de catéteres en diversos orificios, amputaciones, alteración en el color de la piel y cicatrices quirúrgicas; cambios que se acompañan en los niños con expresión de vergüenza y miedo, los cuales finalmente llevan a la pérdida de la autoestima y, a su vez, pueden generar aislamiento social y regresión.

También se suele presentar trastornos de estrés postraumáticos, que están determinados por la apreciación subjetiva de la amenaza de la enfermedad y las experiencias traumáticas relacionadas con el tratamiento e intervenciones dolorosas, así como, el nivel de ansiedad que presenta el niño, la historia de otros traumas y la red de apoyo familia y social (Slater, 2002).

Diversos síndromes de ansiedad se pueden desarrollar en el contexto de la enfermedad, tales como fobias a procedimientos, ansiedad de separación, y trastorno de estrés postraumático ya mencionado. La angustia es de 5 a 10 veces mayor en niños menores de siete años de edad (Jay, 1985, 1994). Algunos de estos síntomas pueden atribuirse al nivel cognitivo del niño, la comprensión de la enfermedad y los procedimientos a los que se ve sometido (Perrin y Gerrity, 1981).

La angustia presente en la infancia se manifiesta llorando, gritando, pidiendo apoyo emocional, contacto físico, verbal, búsqueda de información y solicitud de retrasos en la administración del procedimiento. Temores comunes incluyen la desfiguración, la pérdida de toda su sangre o de ser sobrecargado durante las transfusiones y la muerte. Los niños mayores frecuentemente sienten vergüenza por no poder controlarse a sí mismos (Die-Trill y Stuber, 1998).

La depresión y el estrés son comunes en niños con enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer. La depresión está altamente correlacionada con la falta de cumplimiento con el tratamiento médico de todo tipo, además se asocia con mayor morbilidad y prolongación de la estancia hospitalaria, al interferir con disfunción del sistema inmunológico y reducir las posibilidades de supervivencia, la cual puede ser explicada por interacción a través del sistema de citoquinas en el cerebro (Kashani y Hakami, 1982).

Los expertos en el diagnóstico de la depresión infantil enfatizan en la importancia de entender la depresión como una entidad distinta de la depresión de los adultos y esto se basa principalmente en el hecho de que los niños se encuentran en un proceso de desarrollo lo que no ocurre con los adultos (Del Barrio, 2002; Malmquist, 1983).

La depresión infantil es un cambio permanente de la capacidad de disfrutar los acontecimientos, de comunicarse con los demás y un cambio en el rendimiento escolar y esto va acompañado de acciones que pueden ser consideradas como conductas de protesta o rebeldía. Los porcentajes de depresión infantil detectados

en la población en general pueden estimarse entre un 8% y 10% (Del Barrio, 2000).

La depresión se considera un síndrome que afecta aproximadamente al 15 o 25 por ciento de los pacientes en general a quienes se les diagnostica el cáncer y a sus familias (Derogatis, Morrow y Fetting, 1983; Henriksson, Isometsa y Hietnan, 1995). Es menos de un cuarto de la población la que se ve afectada por la depresión, sin embargo, es de notar que no sólo el niño es quien se deprime, sino que lo hace con él la familia, por lo que hay una correlación entre niños deprimidos y familiares deprimidos.

Los infantes enfermos que se encuentran deprimidos constituyen un grupo especial de alto riesgo quienes pueden sufrir consecuencias severas mucho más allá de las esperadas en otro tipo de población (Masi, Favilla, Mucci, 2000; Shemesh, Bartell y Newcorn, 2002).

Aunque muchos de los infantes diagnosticados con cáncer pueden sobrellevar las secuelas de la enfermedad, otros presentan depresión la cual no está relacionada con la enfermedad misma, sino más bien al tratamiento mismo y surge como una respuesta al mismo tratamiento (Blum, 1992; Sean, 2002).

## **IMPACTO DEL CÁNCER INFANTIL EN PADRES DE FAMILIA**

### **Cáncer y su impacto en la familia**

La familia es el elemento de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Es un lugar donde padres e hijos aportan, comentan y tratan la información venida del exterior. Por lo que es un elemento activo que nunca permanece estacionario, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, de igual manera que la sociedad evoluciona de un estadio a otro (Valladeres, 2008).

Es así que la familia se concibe como un sistema dinámico, el cual puede verse afectado ya sea, por desorganización: que es cuando se afecta la organización interna de la familia por múltiples causas; o por desmoralización, cuando se afectan los valores éticos y morales, así como, las ideologías (Louro, 2001). Como sistema, si uno o más de sus integrantes se ven afectados por algún suceso, se ve reflejado en la dinámica de toda la familia, por lo que la estabilidad en la que se encontraban se ve turbada.

A lo largo de la vida, la familia se ve enfrentada a una serie de sucesos que en determinado momento puede poner en riesgo la homeostasis de la familia, estos sucesos ponen a prueba la capacidad de resistencia de la familia y los modos de enfrentar dicha crisis, esto ocasionará cambios dentro de la familia, haciendo que la familia realice cambios estructurales y funcionales dependiendo del modo de responder ante la adversidad (Valladares, 2008).

La familia juega un papel importante dentro de la salud, Baider (2003), indica que una enfermedad crónica sucede dentro de la familia, no en el aislamiento de una persona. Por lo que no sólo se ve afectada la identidad de la persona, sino de la familia misma, y el modo de responder de cada uno de los integrantes ante dicha enfermedad tendrán un impacto relevante en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma.

Por lo tanto, si un miembro de la familia es puesta en riesgo la estabilidad de la misma puede verse afectada; tal es el caso de un cáncer pediátrico el cual produce cambios en la dinámica de la familia para adaptarse a las exigencias de la enfermedad (González, 1987). Cada uno de los miembros de la familia ha de modificar sus hábitos para acoplarse a las nuevas necesidades, a la cantidad de estrés que esto provocará, y a los roles que cada uno juega en misma.

La reacción de la familia dependerá del estilo de afrontamiento ante dicha situación, así tenemos dos tipos, la familia vulnerable que magnifica las

dificultades que se presentan durante todo este periodo, y la familia resiliente que se caracteriza por la capacidad de adaptación, por superar la situación y salir fortalecidas (Cyrulnick, 2008; Grua y Espada, 2012).

Al momento de la noticia, los integrantes de la familia se ven sometidos a una serie de sentimientos que van desde sentimientos de agresividad, culpa, temor o tristeza..., hasta aquellos en que quieren ayudar. En los casos en que la familia no sabe cómo manejar dichos sentimientos se pueden ver afectados físicamente o psicológicamente en el peor de los casos abandonar al enfermo (Navarro, 1999).

Además de las características propias de la familia, la forma en que la familia responde ante dicha contingencia va a variar según la fase de la enfermedad en la que se encuentre (Rolland, 2000; Grua, 2010). Por lo que en el diagnóstico, la familia se ve sometida al pánico y shock; en la fase de desintegración, llegan a un periodo de depresión, cólera y culpa; en la fase de ajuste predomina la búsqueda de información, control de emociones y comunicación con el entorno social; mientras que en la fase de reintegración familiar, la familia asimila la situación.

Soler (1996) dice que se debe tener en cuenta cada de las etapas por las que se pasa durante este periodo y que cada uno de ellas afectará a la familia de manera diferente, es así como se tiene en cuenta la teoría de la fase y lo explica así:

- I. Prediagnóstico. Concebida como el periodo de incertidumbre, categorizada por muchas familias como el peor tiempo.
- II. Diagnóstico. Es el salto emocional de tener a un hijo sano a tener uno con cáncer es casi imposible de aceptar por las familias.
- III. Inducción. Es durante este periodo cuando la familia empieza a aceptar que ahora son parte del mundo médico.
- IV. Remisión. Para muchas familias esta etapa representa un nuevo estado que, siendo conscientes de la enfermedad pero no constituido por ella, permite que la vida continúe.

- V. Recaída. Es una fase que refuerza la naturaleza amenazante que tiene la enfermedad con respecto a la vida, presentándose en la familia frustración, rechazo y aislamiento.
- VI. Ejecución del tratamiento. Tiempo que dura el tratamiento sea de la índole que sea (quimioterapia, radioterapia, etc...).
- VII. Supervivencia. La supervivencia puede permanecer como un periodo ambiguo.
- VIII. Muerte.
- IX. Aflicción. El camino para los miembros que pierden una familiar no es fácil.

Cada una de estas etapas no necesariamente se da en todas las familias que tiene un hijo con cáncer, ni tampoco indican que se han de dar en este orden.

Enskar (1997) describe ocho categorías de los problemas que enfrentarán las familias con niños y adolescentes que padecen cáncer, incluyendo:

- Sentimientos de impotencia, asociados con el sufrimiento del niño o reacción de la enfermedad o del tratamiento.
- Vidas regidas por la enfermedad del niño.
- Cambio en la dinámica familiar.
- Intentos fallidos de hacer frente a la enfermedad.
- Preocupación por la reacción de los demás.
- Búsqueda de apoyo de otras personas.
- Evaluación de la calidad de la atención.

Los hermanos también se ven afectados ante dicha enfermedad, ya que muchos de ellos experimentan una variedad de sentimientos como la culpa, la tristeza, el desplazamiento. Como los padres se ven sometidos a una gran tensión emocional y física debido a las exigencias del tratamiento, descuidan las necesidades de sus otros hijos. Así, ellos (los hermanos) tienen que lidiar con sus propios sentimientos, preocuparse por lo que pasa con su hermano enfermo y por sus padres (Grua, 1993; Die-Trill, 1993; Díaz, 1993; Soler, 1999).

Entre las emociones que experimentan los hermanos está la preocupación por la salud de su hermano enfermo, los distintos cambios físicos y el tratamiento al que éste se ve sometido, generando una tristeza al no poder hacer nada, este no poder hacer nada ocasiona en ellos un sentimiento de culpa, llegando a desear ser ellos los que estén enfermos y no su hermano. Por otra parte, como el hermano enfermo tiene toda la atención de los padres, ellos llegan a tener celos por toda la atención que le están prestando a su hermano, así como enojarse con los padres e intentar competir con éste. Todas estas emociones son ambivalentes, ya que por un lado se solidarizan con el hermano enfermo y por otro, se sienten desplazados y abandonados por parte de los padres.

Estas emociones suelen manifestarse en trastornos del comportamiento como: enuresis, dificultad para dormir o comer, pesadillas, hiperactividad, rivalidad con el hermano, rabietas y explosiones de enojo. En los adolescentes se pueden presentar enfermedades somáticas o psicosomáticas, falta de concentración, alteraciones del sueño, fobias, fracaso escolar, comportamiento rebelde y abuso de sustancias tóxicas como alcohol o drogas. Estas respuestas también pueden presentarse cuando el hermano muere, además de que llegan a sentirse responsables, miedo por ser el siguiente o estar resentidos con los padres por no evitar el fallecimiento de su hermano (Schorr-Ribera, 1993).

Die-Trill (1993) recomienda que a manera de hacer partícipes a los hermanos durante el transcurso de la enfermedad, dejar que manifiesten sus sentimientos, que visiten el hospital, fomentar la independencia y las habilidades habituales, favorecer la comunicación entre hermanos y no darles responsabilidades como si fueran adultos, esto con la finalidad de aminorar los sentimientos negativos y ayudar a los hermanos sanos.

Los efectos de la enfermedad también involucran a los miembros de la familia extensa, tal es el caso de los abuelos, los tíos y primos; quienes también experimentan una serie de sentimientos como incredulidad, culpa o tristeza. También se da que son los abuelos o tíos quienes cuidan del o los otros hijos mientras que los padres se hacen cargo del hijo enfermo (Grua, 2012).

Las relaciones sociales, entre los que están los amigos, aunque no son parte de la familia, también se ven afectados ya que ellos presentan conductas ambivalentes, por un lado hay quienes se acercan más y los lazos de amistad son más fuertes, o hay quienes se alejan por miedo, miedo a no saber cómo ayudar, o por ignorancia, pues hay quienes piensan que pueden ser contagiados. (Baider, 2003).

### **Padres con hijos diagnosticados con cáncer y sus dificultades**

El ser padre no es tarea fácil, esto implica una serie de responsabilidades a las que uno ha de enfrentarse, se han de cumplir ciertas tareas que esta labor demanda tales como, el cuidado tanto físico como emocional de los hijos, el proveer de los recursos materiales para un sano desarrollo del infante. Palacios y Rodrigo (1998) señalan que ser padre y madre significa tres cosas:

- El convertirse en padre y madre significa poner en marcha un proyecto vital y educativo que supone un largo proceso que empieza con la transición a la paternidad y maternidad.
- Significa adentrarse en una intensa implicación personal y emocional que introduce una nueva dimensión.
- Por último, significa llenar de contenido ese proyecto educativo durante todo el proceso de crianza y educación de los hijos.

Cabe destacar que en estos tres puntos se lleva implícita la ardua labor que los padres adquieren en el momento de entrar al mundo de la paternidad y la maternidad, por un lado el compromiso de por vida que han adquirido desde el nacimiento de la criatura, la responsabilidad que se tiene en el cuidado y educación del niño, así como la procuración de un buen desarrollo tanto emocional como físico.

Desde el momento en que el padre y la madre conciben a un hijo cada uno de ellos tiene una función que cumplir, así, al padre le compete colaborar con la madre en la enseñanza de las aptitudes a los hijos, él velara por el mantenimiento

económico de la familia, utilizar su capacidad lógica, ejercer el principio de autoridad, en el cual colabora la madre, y cooperar con ésta en el cuidado del hogar, a la vez que proteger física y emocionalmente a su familia, servir de modelo masculino a su hijo varón y dar la imagen viril a su hija. Mientras que la función de la madre es gestar, criar, y educar a sus hijos; favorecer su relación con el padre y los hermanos, velar por el mantenimiento de los vínculos cariñosos entre todos; refrendar la autoridad del padre; cuidar del aseo, la alimentación, vestimenta y el bienestar del hogar, y actuar como modelo de mujer adulta, tanto en el matrimonio como en la sociedad (Soifer, 1979).

En síntesis, la tarea de los padres es crear un ambiente saludable para el buen desarrollo de sus hijos, para esto es necesario que ellos se encuentren bien consigo mismos. Pero ¿qué pasa cuando uno de los hijos se encuentra en una situación de riesgo?, más aún ¿qué pasa cuando uno de los hijos es diagnosticado con una enfermedad que pone el peligro su vida?, ¿qué sucede cuando uno de los hijos es diagnosticado con algún tipo de cáncer?.

En teoría los padres han de velar por la salud de cada uno de sus hijos, cuando uno de ellos está en riesgo o cae enfermo, no sólo el que está en peligro se ve perjudicado, toda la familia se ve afectada (si lo vemos como un sistema en donde cada uno de sus miembros esta interrelacionado con los demás) y los padres sufren junto con sus hijos. Grua (1999) dice que cuando un niño cae enfermo, toda la familia enferma con él, por lo que los tratamientos deben ser integrales y referidos a todo el grupo familiar.

Cuando uno de los hijos es diagnosticado con cáncer, los problemas a los que se enfrentan los padres son diversos van desde lo psicológico, lo social, y lo conyugal. En cualquier caso, un cáncer es un elemento desestabilizador para cualquier familia, independientemente de la capacidad de adaptación a situaciones de crisis (Die-Trill, 1993)

Para que la familia sobresalga a dicho reto, dependerá del modo de afrontar el problema, de lo que cada uno de ellos sabe, de lo que se imagina, de lo que

siente, del cómo se comporta ante dicha situación. Es así que, la interpretación de la situación y el modo de responder de cada uno de los padres dependerá mucho del tipo de personalidad de cada uno, de las experiencias familiares en enfermedades, concretamente el cáncer, los sistemas de apoyo con los que cuenta, sus creencias religiosas y el curso de la enfermedad y de su tratamiento (Die-Trill, 1993).

Die-Trill y Stuber (1998) examinaron dos modelos de responder de los padres tras el diagnóstico de cáncer.

1. Reacción de ajuste. Consiste en una serie de etapas similares a las del duelo, Kluber la describe así. Inicialmente ansiedad y desorganización causada por el impacto del diagnóstico; posteriormente, negación y dolor, centrando la atención en la situación y cierre o finalización, que incluye la aceptación de la enfermedad y una comprensión del significado de ésta.
2. Reacción crónica. Dada por posibles patrones de respuesta de dolor crónico (Buschmann, 1988). Se caracteriza por profundos sentimientos de pérdida del completo bienestar del niño y de su esperanza a largo plazo.

El modo de responder, ya sea reacción de ajuste o reacción crónica, dependerá en medida alguna al tipo de personalidad de los padres y de los estilos de afrontamiento que cada uno de ellos posea, entendiendo afrontamiento como los esfuerzos cognitivos para manejar los eventos disruptivos que limitan la habilidad de las personas para ajustarse (Lazarus y Folkman, 1984).

Si hablamos de los dos estilos de afrontamiento que son: enfocado en el problema y enfocado en las emociones (Lazarus y Folkman, 1984). La respuesta de los padres puede centrarse en el problema, repensarlo, investigar y buscar soluciones, o bloquearse con sus emociones, estresarse, guiarse por la ira, la decepción, la culpa y derrumbarse.

Entre los desajustes psicológicos que los padres presentan está el de una gran conmoción, que se manifiesta en respuestas de shock, incredulidad y

aturdimiento. Esto provoca que los padres se vean perjudicados emocionalmente, y que la mayoría prefieran sufrir ellos mismos, antes que ver sufrir a sus hijos. Se plantean si serán capaces de sobrellevar la enfermedad del hijo y manejar la tensión que está situación produce (Die-Trill, 1993; Grau, 1993).

La negación del diagnóstico es muy común entre los padres, lo que los lleva a consultar a otros especialistas (Grua, 1993). De ahí que pasan por etapas como la ira que manifiestan al tratar de buscar algún culpable ya sea Dios o los médicos, incluso en ocasiones ellos mismos se sienten culpables por lo que le pasa a sus hijos, provocando reacciones como la sobreprotección del niño enfermo a manera de disminuir su ansiedad, esto a su vez priva al niño de la autodeterminación necesaria para conseguir su madurez (Maguire, 1983; Barahona, 1999).

También, han de aprender a vivir con la incertidumbre sobre si su hijo sobrevivirá o no. A esto se le denominó *Síndrome de Democles* ya que la familia se encuentra sometida a la incertidumbre a un después de que su hijo ha sido dado de alta o está en remisión (Koocher y O'Malley, 1981). Es uno de los peores momentos de todo el curso del tratamiento, ya que, el no saber si se salvará o no causa una gran angustia y tensión psicológica, física y cognitiva, es una de las etapas más desgastantes.

Un hijo diagnosticado con cáncer hace que el proceso del tratamiento se convierta en un constante ir y venir del hospital, esto ocasiona que se realice un reajuste en los roles de la familia por lo que uno de los padres será quien este al cuidado del niño durante el tiempo que este internado mientras el otro trabaja y se encarga de los otros hijos (en caso de que los tengan). Esto hace que las relaciones conyugales se vean afectadas en el ámbito sexual, que se fragmente la calidad de la relación y se vea mermada, en ocasiones lleguen al divorcio (Grau y Espada, 2012). En su lado opuesto está el que la pareja se una más y, que los lazos de unión se vean fortalecidos (Magni, 1986; Brown, 1992).

Mientras unos padres se preocupan por ayudar a sus otros hijos a adaptarse a la situación, otros se alejan de la familia y de sus amigos, aislándose de aquellas

personas a quienes normalmente acudirían en momentos de dificultad (Maguire, 1983, Grau, 1993).

Otra consecuencia en los padres, es el cambio de sus momentos de distracción, muchos de ellos dejan de hacer cosas divertidas, frecuentar a amigos, salir, ir al cine, etc... esto por remordimiento al ver que si hijo sufre mientras ellos se divierten (Grua y Espada, 2012).

Es importante que los padres de familia se encuentren bien tanto física como psicológicamente, ya que la tarea de cuidar a un hijo con cáncer es una tarea que demanda mucha energía. Además se ha demostrado que si los familiares están bien esto impactará en la mejora y la calidad de vida de niño enfermo. De lo contrario, si los familiares no están sanos durante todo este periodo, también repercutirá en la salud del niño, provocando que este periodo sea más tortuoso para todos los involucrados (Bloom y Kessler, 1994).

Para que toda esta situación no sea tan perjudicial, es recomendable que toda la familia se acerque a los expertos, que se empapen de la información, que sean partícipes en todo momento, dejar que las emociones fluyan y no guardárselas para sí mismo, es por eso que la convivencia familia y con los amigos es muy importante, ya que las redes sociales ayudarán a aminorar el impacto de toda esta situación. No olvidarse que, si es verdad que se tiene un compromiso con los hijos, más aun con un hijo enfermo, es menester que los padres se encuentren bien, por lo que no han de dejarse perder en toda la situación conflictiva y han de darse tiempo para sí mismos; pues no se puede dar lo que no se tiene.

### **El papel de las emociones el trascurso de la enfermedad**

Las emociones juegan un papel importante dentro del desarrollo personal, ya que las emociones se encuentran en todo momento y en cada actividad del ser humano. Existe una diferencia entre las emociones y los sentimientos, mientras las emociones son reflejo de afectos pero sin conciencia, los sentimientos son un

proceso activo en el que interviene de apercepción entre el contenido sensorial o reacción afectiva (Morales, 2011; Wundt, 1896).

El diccionario de psicología de Galimberti (2009), define a las emociones como una reacción afectiva intensa de aparición aguda y de breve duración, determinadas por un estímulo ambiental. Su aparición provoca una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico.

La clasificación de las emociones difiere según la base teórica de la que se sustenta. De este modo se habla de las emociones primarias que son aquellas que se originan de procesos automáticos o inconscientes, las emociones de nivel secundario en las que hay una participación voluntaria y consiente (Frankurt, 1999; Izard, 1977).

Plutchik realizó una lista de las emociones, así se tiene a la tristeza, alegría, sorpresa, anticipación, aceptación, rechazo, enfado y miedo, estas formarían parte de las emociones primarias y como es de notar están enlistadas con su contrario. Las emociones de nivel secundario serían el amor, el optimismo, sumisión, pavor, decepción, remordimiento, despecho y odio; y en un nivel terciario encontramos a la felicidad, la nostalgia... (Morales, 2011, Plutchik 1980).

En cada momento de la vida nos vemos sometidos a una determinada emoción, dependiendo de la intensidad es la respuesta. Gray (1990) dice que toda emoción tiene un componente fisiológico que implica el sistema vegetativo, límbico, neocortical y endocrino. Por lo que tiene un impacto en la salud de las personas, todo depende de si son emociones positivas o emociones negativas.

En estudios realizados por Eysenck (1991); Giese-Davis, Conrad, Nouriani y Spiegel (2008), han demostrado que las emociones negativas despiden sustancias químicas en el torrente sanguíneo los cuales afectan el sistema inmunológico y provocando enfermedades.

Es así que, los estados de ánimo afectan la salud, ya sea que provocan enfermedades, o afectan su recuperación, tal es el caso de la depresión, pues se

ha comprobado que las personas deprimidas tiene más dificultad de afrontar una enfermedad, además de que su recuperación es más lenta (Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001; Kathol, Jaeckle, López y Meller, 1989).

En investigaciones realizadas por Del Castillo-Ruiz, Pérez-Vera y Blanco-Ibáñez (2002), así como los realizados Saluja, Iachan, Scheindt, Overpeck, Sun y Giedd, (2004) han demostrado que existe una relación entre el maltrato infantil, la inestabilidad familiar, acoso escolar y negligencia provocando estados emocionales que pueden producir mutaciones y alteraciones en las células y provocar cáncer.

Los estados emocionales positivos son más cortos a diferencias de los estados emocionales negativos, además, los estados emocionales positivos tiene menor impacto en los estados de salud, sin embargo, se ha demostrado que las emociones positivas hacen que las personas tengan un mejor afrontamiento ante las situaciones en crisis, además de que tiene mejor adherencia a los tratamientos y que es más probable que los resultados sean prometedores a diferencia de las personas que experimentan emociones negativas (Moral, 2011).

Las emociones no sólo juegan un papel importante en el paciente, sino en las personas que los rodean, ya que estas personas (que pueden ser familiares, amigos y grupos sociales a los que pertenece), funcionan como redes de apoyo haciendo que las personas sobrelleven mejor y salgan mejor librados ante situaciones de crisis, mientras que el aislamiento y la carencia de conexiones sociales provocan un aumento de riesgo (Hann, 2002; Seeman, Berkman, Blazer y Rowe, 1994; Bloom y Kessler, 1994).

Como dice Baider (2003), la identidad social de la familia y del individuo se ven afectadas ante una situación de crisis en la familia; por lo que toda la familia se ve involucrada ante una nueva situación que hace tambalear la homeostasis familiar, y que de cada uno de ellos dependerá el modo de adaptarse ante dicha situación así como el desenlace.

## **CAPITULO III: MÉTODO**

### **Objetivo General**

- Describir cuáles son las fortalezas personales en padres de familia con hijos diagnosticados con cáncer de un hospital público del Estado de México y de padres de familia con hijos no diagnosticados con cáncer del valle de Toluca.

### **Objetivos específicos**

- Conocer cuáles son las fortalezas personales que los padres de familia poseen.
- Comparar las fortalezas personales de padres de familia que tienen hijos diagnosticados con cáncer con la de aquellos padres que tienen hijos no enfermos.

### **Planteamiento del problema**

El ser padre de familia es una experiencia agradable para la mayoría de éstos, donde se espera ver crecer a los hijos sanos y que se desarrollen plenamente en el ámbito laboral, social y psicológico, personas que enaltezcan el apellido de la familia, que cumplan con un rol y al final haber criado a una persona productiva para la sociedad.

Pocas son las personas que quieren ver sufrir a sus hijos, (por no decir que ningún padre) por eso cuando uno de sus hijos se enferma, no sólo sufre el niño también lo hacen los padres, pues ellos desearían que sus hijos siempre se mantengan sanos.

Sin embargo, por más que los padres se esfuercen en el cuidado de sus hijos hay cosas que están fuera de su alcance y contra las que no pueden hacer nada,

como son determinadas enfermedades que pueden afectar a sus hijos. Este es el caso de los padres que tienen hijos con cáncer, específicamente leucemia.

Al mismo tiempo, resulta relevante conocer las fortalezas personales de padres que no se encuentran en esta circunstancia, ya que, el hecho de saber cuáles son las propias fortalezas puede resultar útil para implementar programas dirigidos a los cuidados de un paciente con cáncer.

### **Pregunta de investigación**

¿Existen diferencias en las fortalezas personales de los padres que tienen hijos diagnosticados con cáncer y padres con hijos sin este padecimiento?

### **Hipótesis**

Ho= No existe diferencia significativa en las fortalezas personales entre padres de familia con y sin hijos diagnosticados con cáncer.

Hi= Si existe diferencia significativa en las fortalezas de padres de familia con y sin hijos diagnosticados con cáncer.

### **Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo estadístico descriptivo, la finalidad es conocer las características de una población determinada, lo que se busca es hacer notar las fortalezas personales que poseen los padres con y sin hijos diagnosticados con cáncer, y a partir de esto poder determinar si existe diferencia significativa entre las fortalezas que cada uno de los grupos posee o no (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

## Definición de variables

### Definición conceptual

#### **Fortalezas Personales:**

El concepto de “virtud o fortaleza” está referido a aquellas capacidades que pueden adquirirse a través de la voluntad, los cuales representan rasgos positivos de la personalidad que nos ayudan a que las personas tengan vidas satisfactorias (Seligman y Peterson, 2002).

#### **Padre:**

Persona de sexo masculino que ha tenido descendencia directa (hijo), esto en el orden de lo biológico. Es quien cumple las funciones de paternidad relacionadas con el sustento, y también al orden de lo simbólico (Soifer, 1979).

#### **Madre:**

Persona de sexo femenino, que desde el momento de la fecundación asume esta condición, entre sus funciones maternas está el cuidado del hijo o hija desde sus primeros meses de gestación. Es parte importante en la constitución de la institución de la familia (Soifer, 1979).

#### **Hijo:**

Ser humano que en un momento determinado juega el rol de hijo, este está al cuidado de sus padres a quienes les debe respeto y de quien es dependiente. (Soifer, 1979).

#### **Cáncer:**

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El

tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

### **Definición operacional**

#### **Padres de familia:**

Al usar este término nos referimos tanto a padres como madres sin importar sus condición civil, social; lo que nos interesa es que hayan tenido uno o más hijos.

#### **Cáncer:**

Es entendida como cualquier enfermedad que se encuentre dentro de esta nomenclatura y que sea padecida por un niño menor de edad. En este caso nos limitamos a sólo padres que tienen hijos con algún tipo de cáncer.

#### **Fortalezas personales:**

Son las fortalezas personales descritas en el Character Strengths and Virtues. A Handbook and classification, teoría de Peterson y Seligman (2004).

### **Definición de la población**

Una población se precisa como un conjunto finito o infinito de personas u objetos que presentan características comunes. Levin y Rubin (1996) dicen al respecto "Una población es un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando, acerca de los cuales intentamos sacar conclusiones".

Para dicho estudio se tomó como población a los padres de familia con hijos que han sido diagnosticados con algún tipo de cáncer y que, se encuentran en alguna etapa del tratamiento.

También se tomó como población a los padres de la ciudad de Toluca que no tienen hijos diagnosticados con cáncer, no importando lugar de origen, sexo, edad, condición social, nivel de estudio, etc... el único criterio que han de cumplir es el tener un hijo.

### **Descripción de la muestra**

La muestra es una representación significativa de las características de una población, que bajo, la asunción de un error (generalmente no superior al 5%) estudiamos las características de un conjunto poblacional mucho menor que la población global.

Por ende, una muestra debe ser definida en base de la población determinada, y las conclusiones que se obtengan de dicha muestra sólo podrán referirse a la población en referencia, Cadenas (1974).

Para dicha investigación se tomó como muestra a 61 padres que tiene hijos diagnosticados con algún tipo de cáncer y que se encuentran internados en un hospital público del Estado de México.

La muestra que compone a los padres de familia con hijos no diagnosticados con cáncer y que de manera voluntaria quisieron participar en la investigación (muchos de los padres no necesariamente son de la ciudad de Toluca), es un total de 79.

Para ambos casos, la participación de cada padre fue de manera voluntaria, la muestra es de manera no probabilística de tipo intencional.

## **Instrumento**

El test a usar será el de Fortalezas Personales de González-Arratia, una adaptación corta de lo que es el VIA (Value Inventory of Strengths en inglés), la cual se encarga de clasificar las fortalezas personales que se poseen.

Las 24 fortalezas se agrupan en 6 categorías como se muestra a continuación.

### **Sabiduría y conocimiento:**

1. Curiosidad, interés por el mundo
2. Amor por el conocimiento y el aprendizaje
3. Juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta
4. Ingenio, originalidad, inteligencia práctica
5. Perspectiva

### **Coraje:**

6. Valentía
7. Perseverancia y diligencia
8. Integridad, honestidad, autenticidad
9. Vitalidad y pasión por las cosas

### **Humanidad:**

10. Amor, apego, capacidad de amar y ser amado
11. Simpatía, amabilidad, generosidad
12. Inteligencia emocional, personal y social

#### Justicia:

13. Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo
14. Sentido de la justicia, equidad
15. Liderazgo

#### Moderación:

16. Capacidad de perdonar, misericordia
17. Modestia, humildad
18. Prudencia, discreción, cautela
19. Auto-control, auto-regulación

#### Trascendencia:

20. Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro
21. Gratitud
22. Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro
23. Sentido del humor
24. Espiritualidad, fe, sentido religioso

### **Diseño de la investigación**

En el diseño prospectivo, la recolección se realizó luego de planificar el estudio. Así se tiene un mejor control de las variables y evita la confusión; la inspección y revisión de los aparatos con los que se efectuarán las mediciones, la capacitación de los sujetos que obtendrán las mediciones (que tiende a minimizar las

diferencias entre observadores), etc. En resumen, tienden a disminuir el sesgo de selección y medición.

### **Especificación de la captura de la información**

Se aplicaron un total de 140 pruebas a padres de familia, divididas en: 61 a padres con hijos diagnosticados con cáncer y 79 pruebas a padres con hijos que no están diagnosticados con algún tipo de cáncer.

Después de la recolección de los datos se realizó el vaciado al programa SSPS, para su análisis y obtener los resultados.

### **Procesamiento de la información**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos en las que se aplicaran la prueba t de Student de muestras independientes para determinar las diferencias considerando un  $p \geq .05$

### **Beneficios esperados**

Con la presente investigación se pretende conocer más a fondo las fortalezas que poseen las personas que se enfrentan a un problema, que para otras puede ser fulminante.

Podremos conocer cuáles son los motivos de las personas para no darse por vencidas, ya que no sólo tienen que seguir con sus vidas, sino que, han de cargar con las dificultades que conlleva el tener a un hijo enfermo y, aun así, siguen adelante.

### **Límites del proyecto**

Este proyecto sólo se limita a conocer las fortalezas personales de los padres que tienen hijos diagnosticados con cáncer y realizar una comparación con padres que tiene hijos sin esta enfermedad.

También nos limitamos a la exploración de las fortalezas de los padres, en ningún momento nos involucramos con los niños, ni pretendemos realizar alguna interacción con ellos.

### **Dificultades previstas**

La dificultad prevista para la realización de esta investigación es la información con la que contamos, ya que es poca la bibliografía con la que se cuenta, pocos autores han realizado investigaciones sobre el tema.

Otro problema enfrentado, son las dificultades económicas, ya que una investigación implica un gasto importante entre transporte, materiales, impresiones, etc.

La recolección de información se realizará solicitando el apoyo de una institución privada, en caso de ser negada, nos veremos en la necesidad de ir directamente al nosocomio y realizar la aplicación de los instrumentos en plena sala de espera del mismo.

## Resultados y conclusión

### Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de los datos, los participantes forman dos grupos divididos en: 79 padres con hijos no diagnosticados con cáncer (56.4%) y 61 padres con hijos diagnosticados con cáncer (43.6%), dando un total de 140 personas que participaron voluntariamente, en donde el 31 por ciento son hombres y el 61.7 por ciento son mujeres.

En la tabla de los estadísticos descriptivos de las fortalezas personales (ver tabla 2), se muestran los resultados obtenidos al realizar el análisis de cada una de las fortalezas personales, están ordenadas de mayor a menor con base a los resultados obtenidos de la media, la tabla contiene la desviación estándar así como los mínimos y los máximos.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de fortalezas personales

Virtudes	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Humildad	6.042	2.006	2.00	10.00
Prudencia	5.957	1.695	2.00	10.00
Bondad	5.864	2.335	2.00	10.00
Humor	5.592	2.070	2.00	10.00
Belleza	5.471	2.089	2.00	10.00
Liderazgo	5.307	1.766	2.00	10.00
Inteligencia	5.200	1.788	2.00	10.00
Autocontrol	5.185	2.048	2.00	10.00

Perspectiva	5.121	1.305	2.00	8.00
Esperanza	5.035	1.706	2.00	10.00
Integridad	4.978	1.969	2.00	10.00
Vitalidad	4.892	1.977	2.00	10.00
Perseverancia	4.764	2.002	2.00	10.00
Juicio	4.642	1.787	2.00	10.00
Curiosidad	4.614	1.724	2.00	8.00
Amar	4.535	2.044	2.00	10.00
Valentía	4.507	1.932	2.00	10.00
Civismo	4.485	1.909	2.00	9.00
Creatividad	4.478	1.681	2.00	8.00
Perdón	4.464	2.193	2.00	10.00
Imparcialidad	4.457	1.946	2.00	10.00
Amor	4.278	1.839	2.00	10.00
Espiritualidad	4.250	2.199	2.00	10.00
Gratitud	3.950	2.143	2.00	10.00

Referente a las virtudes, la tabla de resultados estadísticos, muestra la lista donde se encuentran ordenadas de mayor a menor con base a la media obtenida, así como el resultado obtenido en la desviación, los mínimos y máximos (ver tabla3).

Tabla 3: Resultados estadísticos descriptivos de las virtudes.

	Media	Desviación	Mínimos	Máximos
Templanza	5.412	1.175	3.00	8.75
Humanidad	5.200	1.402	2.00	8.30
Trascendencia	4.860	1.257	2.00	8.60
Valor	4.785	1.231	2.00	7.50
Justicia	4.750	1.296	2.00	8.67
Sabiduría	4.627	0.834	2.60	7.00
Total	2.460	.392	1.54	3.46

Los resultados obtenidos con respecto a las diferencias por sexo (ver tabla 4), indica que sólo sobresale una fortaleza personal, la bondad, y son las mujeres las que puntúan más alto, para dicho resultado se aplicó la prueba t de Student y se consideró un  $p \geq .05$ .

Tabla 4: t de Student diferencias por sexo

			Masculino		Femenino	
Variable	t	p	Media	Desviación	Media	Desviación
Bondad	-3.77	0.000	4.88	1.870	6.29	2.38

Al realizar la comparación de los grupos, padres con hijos diagnosticados con cáncer y padres sin hijos diagnosticados con cáncer, se obtuvieron los resultados

que muestra la tabla 5; para esto, se utilizó la prueba t de Student de muestras independientes y para determinar las diferencias se consideró un  $p \geq .05$ .

Tabla 5: t de Student Resultados de las diferencias por grupos

			Padres con hijos no enfermos		Padres con hijos enfermos	
Variable	t	p	media	desviación	Media	desviación
Humor	-3.11	0.002	5.13	2.18	6.18	1.76
Liderazgo	-2.72	0.007	4.96	1.80	5.75	1.61
Perseverancia	-2.02	0.045	4.97	1.37	5.31	1.19
Espiritualidad	-2.66	0.009	3.82	2.12	4.80	2.18
Gratitud	-2.58	0.011	3.54	2.06	4.47	2.14
Trascendencia	-3.57	0.001	4.54	1.15	5.14	1.09
Justicia	-2.22	0.028	4.54	1.31	5.02	1.23
Total	-2.7	0.008	2.38	0.39	2.55	0.37

En la tabla 6, se muestran los resultados obtenidos en la prueba ANOVA, en la que se hace la comparación de las Fortalezas personales y las virtudes con relación al estado civil, considerando un  $p \geq .05$ ; por lo que se han colocado solo aquellas en las que existe diferencias. Dando como resultado las fortalezas personales: civismo y gratitud y trascendencia.

Tabla 6: ANOVA diferencias por estado civil

Estado civil			Soltero		Casado		Unión libre		Separado-Viudo	
Variable	f	p	Media	Desviación	Media	Desviación	Media	Desviación	Media	Desviación
Civismo	3.042	0.031	4.07	1.18	4.37	1.93	5.50	2.06	3.50	0.83
Gratitud	4.890	0.003	3.00	1.52	3.72	1.96	5.00	2.50	5.83	2.71
Trascendencia	4.014	0.009	4.13	1.00	4.78	1.27	5.38	1.04	5.73	1.14

## Discusión

Ser padres de familia es tarea nada fácil, ya que implica una gran responsabilidad al momento de criar a un hijo, ya que se adquieren una serie de responsabilidades que se han de cumplir para el sano desarrollo de los hijos como persona; se realizan una serie de cambios en los hábitos cotidianos para ajustarse a las nuevas necesidades que la paternidad y la maternidad implica (Palacios y Rodríguez, 1998).

Los retos de criar a un hijo por sí mismo traen una serie de cambios a nivel personal como de pareja y familiar, el modo de enfrentarlos dependerá de una serie de variables como, el nivel socio-económico, el nivel educativo, la implicación en los quehaceres, las redes de apoyo tanto de la pareja como de familiares, así como, el nivel de satisfacción subjetiva. Sin embargo, cuando uno de los hijos se ve afectado por alguna enfermedad, no sólo se ve afectada la homeostasis del sujeto, puesto que sus efectos se ven reflejados en la dinámica familiar (Louro, 2001).

En el caso particular, de los niños que han sido diagnosticados con cáncer es de gran impacto para toda la familia, ya que se enfrentan a una situación de mucha incertidumbre y que ocasiona mucho estrés (González, 1987). Los padres de familia no sólo se enfrentan a una situación en la que la pérdida de un hijo es latente, sino que, durante todo este proceso se ven sometidos a una serie de cambios tanto internos como externos.

Toda la familia se somete a una serie de cambio de hábitos, roles, responsabilidades, etc... (Grua, 2010). Pero ¿cómo es que los padres de familia pueden afrontar dicha crisis? ¿Qué recursos están usando los padres de familia? ¿Existen diferencias entre las fortalezas personales de padres con hijos diagnosticados con cáncer con aquellas de padres que no tiene hijos diagnosticados con cáncer?

Los resultados obtenidos en este trabajo indican que los padres en general tienden a ser más humildes, por lo que dichos padres no suelen hacer alarde de lo que tienen o han logrado, prefieren que sus acciones hablen por sí mismas; en investigaciones realizadas por Giménez, Vázquez y Hervás (2010), describieron que la humildad está relacionada con una mayor salud mental, mayor madures y auto-aceptación. La prudencia, la segunda fortaleza en la que los padres en general han puntuado mejor, se refiere a un rasgo de las personas cuidadosas, son prudentes a la hora de tomar decisiones, además, de ser una de las características que los padres desean que sus hijos tengan (Seligman, 2004), esta fortaleza está relacionada con un desarrollo psicológico óptimo y una mejor adaptación (Cillenssen y Rose, 2005).

En general, los padres de familia han de ser personas prudentes que sabrán conducir en sus acciones, controlarse ante los excesos y moderar sus necesidades, se muestran interesados por lo que sucede a su alrededor y les gusta aprender nuevas cosas. Estos resultados, indican que han dejado de lado sus intereses para entregarse a los demás, ya que donde han puntuado bajo es en trascendencia al igual que el valor (Grua, 2012).

La bondad, el humor y la belleza son las siguientes tres fortalezas personales, después de la humildad y la prudencia, en la que los padres puntuaron mejor, estas fortalezas ayudan a la formación de un carácter más amable, donde ayudan o realizan actividades para y con los demás, ayudan a relacionarse con los que lo rodean, por lo que es útil al momento de formar redes de apoyo fundamentales al momento de enfrentar una situación de crisis (Baider, 2003; Grua, 2010).

En contraparte, las 5 fortalezas en las que los padres de familia puntuaron más bajo son: la gratitud, que se refiere a ser consiente y agradecer las cosas que a uno le pasan; la espiritualidad, se refiere al sentir un objetivo y significado en la vida; el amor, se refiere a tener importantes y valiosas relaciones interpersonales; la imparcialidad, es tratar a las personas con equidad y el perdón, se refiere a la capacidad de perdonar a quienes se han portado mal con uno mismo.

Los resultados obtenidos de los estadísticos descriptivos generales (ver tabla 3), muestra los siguientes datos: como virtud, los padres de familia puntuaron mejor en la templanza, que es una de la virtudes que protege contra los excesos y facilita la expresión apropiada y moderada de los apetitos y necesidades (Seligman, 2004). Al decidir tomar una responsabilidad tan grande como el ser padre o madre, requiere aceptar las consecuencias que ello conlleva, y que es una decisión que no se toma a la ligera (Palacios y Rodríguez, 1998).

Con respecto al sexo, la bondad, que se refiere a hacer favores y buenas acciones para los demás, así como el ayudar y cuidar a otras personas; es la única fortaleza en la que existe diferencia, siendo las mujeres quienes obtuvieron la mejor puntuación a diferencia de los hombres. Esto se puede explicar tomando en cuenta que las mujeres son de carácter más amable y generoso, gustan de ayudar a los demás, las madres son las que entre sus quehaceres está el regular las emociones dentro del hogar, por lo que entre sus funciones está el comprender y hacer comprender los sentimientos y emociones dentro del núcleo familiar (Soifer, 1979).

En la comparación de los grupos de padres de familia con y sin hijos diagnosticados con cáncer, los resultados indican que hay una diferencia mínima entre un grupo y otro (padre con hijos diagnosticados con cáncer,  $m= 2.55$ ; padres con hijos no diagnosticados con cáncer,  $m=2.38$ ). Las fortalezas personales que muestran diferencias son: humor, liderazgo, perseverancia, espiritualidad y gratitud; por otro lado, trascendencia y justicia son las virtudes en donde hay diferencias entre los grupos (ver tabla 5).

Aunque las diferencias por grupos de padres de familia son mínimas, los resultados indican que los padres de familia con hijos diagnosticados con cáncer son los que puntúan más alto en cuanto a las fortalezas personales, puesto que, tanto en las 5 fortalezas personales como en las 2 virtudes en las que existen diferencias, los padres de familia con hijos diagnosticados con cáncer puntuaron mejor que los padres de familia sin hijos diagnosticados con cáncer. Esto puede ser explicado por la capacidad que tiene el ser humano de adaptarse a las situaciones en peligro, ya que de este modo le ha ayudado a sobrevivir y evolucionar (Góngora y Coronado, 2000 citado por Flores, 2011). Y siendo los padres los principales pilares de sostén, no sólo del niño enfermo, sino, de toda la familia y de sí mismos, por lo que han de emplear mayormente sus capacidades de resistencia y adaptación ante una situación en crisis, más en específico, al enfrentar la enfermedad crónica de un hijo (Grua, 2012).

Con respecto al estado civil, los resultados que arrojan los datos indican que sólo en dos fortalezas personales existen diferencias que son: civismo y gratitud; mientras que sólo una virtud (trascendencia) es donde existe diferencias entre los grupos dependiendo del estado civil en el que se encuentran. Siendo los padres de familia que se encuentran separados o viudos lo que más alto han puntuando con relación a la gratitud, mientras que los padres de familia en unión libre puntuaron mejor en civismo; por otro lado, los padres de familia que son solteros puntuaron más bajo en gratitud al igual que los que están casados. En cuanto a la virtud de trascendencia, los que puntuaron más alto son los padres de familia que se encuentran separados o divorciados, esto se puede explicar en qué las

personas que están pasando por esta situación se les exigen respuestas adaptativas en donde las fortalezas personales y su uso activo permitan mantener una calidad de vida saludable y así disfrutar de esta etapa del ciclo de la vida (Baltes, 1987); en tanto que la puntuación más baja la obtuvieron los padres de familia que se encuentran solteros, esto debido a que durante una situación de crisis las redes de apoyo son fundamentales al momento de afrontarlas (Louro, 2003).

La responsabilidad de otro ser implica que se le cuide, que se cambie la perspectiva de la vida que hasta ese entonces se tenía, ya no sólo se vela por los intereses de sí mismo, sino que ahora se ha de velar por alguien más. El tomar decisiones conlleva a ser más cauteloso, a no asumir riesgos que puedan poner el peligro su integridad. Los intereses y proyectos que lleguen a iniciar los realizan en pro de un desarrollo familiar y no individual. Es así que, los padres de familia hacen uso de las fortalezas personales como la humildad, la prudencia, la bondad, el humor. Como virtud en la sabiduría, el valor y la humanidad, son los que juegan un papel importante al momento de criar un hijo, ya que los padres son el ejemplo a seguir de los hijos (Soifer, 1979; Palacios y Rodríguez, 1998), son los padres quienes enseñan a sus hijos sobre la importancia de conducirse como ciudadanos respetuosos y responsables.

La respuesta a la pregunta de investigación sobre si existen diferencias en las fortalezas personales de padres de familia diagnosticados con cáncer y padres de familia que tiene hijos no diagnosticados con cáncer, es afirmativa, ya que se encontró diferencia en las fortalezas como perseverancia, liderazgo, gratitud, espiritualidad y humor, así como en las virtudes de trascendencia y justicia.

Por lo tanto, la hipótesis se confirma ya que, **si existen diferencias entre las fortalezas personales de padres de familia con y sin hijos diagnosticados con cáncer.** Siendo los padres de familia que tiene hijos diagnosticados con cáncer los que puntuaron más alto. Esto los prepara para poder afrontar y adaptarse ante una crisis dentro de la familia.

Sin embargo, aunque los padres que tienen hijos diagnosticados con cáncer puntuaron mejor que los que no los tiene, los resultados en general arrojan que los padres de familia no están usando sus fortalezas personales al máximo, ya que se encuentran por debajo del término medio, siendo así que la media general es de 2.460, con una desviación de 0.392 y una puntuación máxima de 3.46.

### **Sugerencias**

Para comprender más sobre los modos en que los padres de familia están enfrentando el reto de la paternidad y de la maternidad, sobre todo en aquellos padres de familia que están pasando por una crisis como el tener a un hijo diagnosticado con cáncer es necesario seguir realizando estudios transversales, para que otras áreas como la sociología, la medicina, la psicología y en general, todas las ciencias que puedan lograr un aporte al mejoramiento de la salud tanto física como mental logren una mejor comprensión del fenómeno que suscita el hecho de la paternidad y maternidad.

En el área de la psicología se recomienda realizar estudios sobre estilos de afrontamiento, personalidad, resiliencia, así como los factores de riesgo y protección, para entender los mecanismo utilizados por padres y madres por el simple hecho de serlo o ante una situación de crisis que pone en riesgo la homeóstasis familiar, así como el modo de respuesta y adaptación antes dicho fenómeno.

Se recomienda realizar estudios con los niños para conocer los mecanismo utilizados por estos, y determinar si existe correlación que entre los mecanismo que usan los padres y el impacto que tienen estos en el desarrollo de sus hijos.

Así como conocer la importancia de formar redes de apoyo a lo largo del desarrollo familia, y cuál es el papel que estos juegan al momento de que la familia está enfrentando una crisis.

Dichas investigación que se recomiendan realizar y, que se busca sean de manera holística, así como de manera particular en cada uno de los miembros de la familia, han de buscar la comprensión de la dinámica y de desarrollo de todas las partes, y sin pasar por alto el objetivo de la psicología positiva, se buscara realizar planes de intervención, dado el caso, para mejorar la calidad de vida y el desarrollo personal.

## Anexo

### Cuestionario VIA Fortalezas personales

**Instrucciones.** Por favor, seleccione una opción en respuesta a cada afirmación. Todas las preguntas reflejan afirmaciones que muchas personas encontrarían deseables, pero queremos que responda exclusivamente **si las afirmaciones reflejan cómo es usted**. Por favor sea honesto y preciso. Coloque una (X), en una opción, tomando en cuenta que las respuestas tienen el siguiente valor:

Muy propio de mí =5, Propio de mí =4, Neutro =3, Poco propio de mí =2, impropio de mí =1

Sexo\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

	Reactivo	1	2	3	4	5
1	Siempre siento curiosidad por el mundo					
2	Me aburro con facilidad					
3	Me emociono cuando aprendo algo nuevo					
4	Nunca me desvió de mi camino para visitar museos u otros lugares educativos					
5	Cuando la situación lo exige, soy un pensador altamente racional					
6	Tiendo a emitir juicios precipitados					
7	Me gusta pensar en nuevas formas de hacer las cosas					

8	La mayoría de mis amigos son muy imaginativos					
9	Independientemente de la situación social, soy capaz de encajar					
10	No se me da demasiado bien advertir lo que sienten otras personas					
11	Siempre soy capaz de analizar las cosas y verlas en un contexto más amplio					
12	Los demás, pocas veces me piden consejos					
13	A menudo defiendo mi postura ante una oposición fuerte					
14	El dolor y el engaño suelen vencerme					
15	Siempre acabo lo que empiezo					
16	Me distraigo mientras trabajo					
17	Siempre mantengo mis promesas					
18	Mis amigos nunca me dicen que soy realista					
19	El mes pasado ayude voluntariamente a un vecino					
20	Raras veces me emociona tanto la buena suerte de los demás como la mía propia					
21	Hay personas en mi vida que se preocupan tanto por mis sentimientos y bienestar como los suyos propios					
22	Me cuesta aceptar el amor de los demás					
23	Doy lo mejor de mí en el trabajo en grupo					

24	Me cuesta sacrificar mis propios intereses en beneficio de los grupos a los que pertenezco					
25	Trato a las personas con igualdad independientemente de quiénes sean					
26	Si alguien no me cae bien me cuesta tratarlos con justicia					
27	Siempre consigo que las personas cumplan su cometido sin insistir en exceso					
28	No se me da demasiado bien organizar actividades en el grupo					
29	Controlo mis emociones					
30	Me cuesta mucho hacer régimen					
31	Evito actividades que resulten físicamente peligrosas					
32	A veces me equivoco al elegir amistades y relaciones					
33	Cambio de tema cuando la gente me alaga					
34	Suelo hablar de mis logros					
35	El mes pasado, me he emocionado por la excelencia en música, artes, teatro, deporte, ciencia o matemáticas					
36	No he creado nada bello el año pasado					
37	Siempre digo gracias, incluso por cosas pequeñas					
38	Raras veces me detengo a dar las gracias					
39	Siempre veo el lado bueno de las cosas					

40	Raras veces tengo un plan bien desarrollado de lo que quiero hacer					
41	Mi vida tiene un propósito fuerte					
42	No siento una vocación en la vida					
43	Siempre pienso que el pasado, pasado esta					
44	Siempre intento desquitarme					
45	Combino el trabajo con la diversión en la mayor medida posible					
46	Raras veces digo cosas divertidas					
47	Me implico por completo en todo lo que hago					
48	Muchas veces me siento decaído					

**Gracias por su participación**

## Referencias Bibliográficas

Alarcón, A. (2009). Nivel emocional, el cáncer en niños. Recuperado el 6 de noviembre de 2013, de <http://bit.ly/KC35vr>

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International journal of clinical and Health Psychology*. 3, pp. 505-520.

Burin, M. y Meler, I. (1998). *Género y familia*. Buenos Aires: Paidós.

Castro, A. (2010). Ensayo: psicología positiva: ¿una nueva forma de hacer psicología?. *Revista de psicología*, 6, pp. 113-131. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/ensayo-psicologia-positiva-nueva-forma.pdf>. Consultado el día 8 de septiembre de 2013

Casullo, M. M. y Fernández, M. (2008). Las propuestas de la psicología positiva. ¿Universales psicológicos o particulares de una visión particular?. *Anuario de investigación*. 14, pp. 261-268.

De la Cuesta, C. (2009). El cuidador familiar: una revisión crítica. *Investigación y educación en enfermería*. 27, pp. 96-102.

Delgadillo, A. O., López, B., Cabral, M. C., Sánchez, F.A. (2012). Funcionamiento familiar de adolescentes con leucemia. *Psicología iberoamericana*. 20, pp. 48-62.

Díaz, E., Sánchez, J.C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del psicólogo*. 33, pp. 172-182.

Fernández, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista colombiana de psicología*. 17, pp. 161-176. Recuperado de [www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/.../10036::pdf](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/.../10036::pdf). Consultado el 8 de noviembre de 2013.

- Galimberti, U. (2009). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
- Giménez, M., Vázquez, C. y Herváz, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society and Education*. 2, pp. 97-116.
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberti*. Pp. 82-88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601009> consultado el 25 de enero de 2014.
- González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en psicología*. 20, pp. 22-44.
- Grua, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, desarrollo y diversidad*. 5, pp. 67-87.
- Grua, C. y Espada, M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*. 9, pp. 125-136.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. ed.). México: Editorial McGraw Hill.
- Herváz, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. Facultad de psicología, Universidad Complutense. *Revista interuniversitaria de formación profesional*. 66, pp. 23-41.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana de salud pública*. 29, pp. 48-51.
- Lupano, M. L. y Castro, A. (2010). Psicología positiva. Análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*. 4, pp. 43-56.

Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la psicología positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *CONICET*. pp. 9-22. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/12/02-Psicodebate-Surgimiento-y-desarrollo-de-la-Psicologia.pdf>. Consultado el 10 de diciembre de 2013.

Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y salud*. 17, pp. 245-258.

Moral, J., Valdez, J. L. y González-Arratia, N. I. (2011) *Psicología y Salud*. Saltillo, Coahuila: CUMex.

Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). *La familia y desarrollo humano*. España: Alianza.

Rojas, V. y Pérez, Y. L. (2014). Cáncer infantil: una visión panorámica. *Revista psicológica científica*. 16. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/cancer-infantil-una-vision-panoramica/>. Consultado el 10 de abril de 2014.

Padrós, F., Martínez, M. P., Gutiérrez, C. Medina, M. A. (2010). La psicología positive. Una joven disciplina científica que tiene como objetivo de estudio un viejo tema, la felicidad. *Revista de psicología*.14, 30-40.

Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington DC: American Psychological Association.

Rodríguez, A., Loreto, L. y Camilli, C. (2013). Fortalezas personales en mayores viudos: diseño mixto de investigación en psicología positiva. En libro de capítulos del VI congreso internacional y XI nacional de

psicología clínica. (pp. 42-48). España: Asociación Española de Psicología Conductual.

Salcedo, C. Chaskel, R. (2009). Impacto psicológico del cáncer en niños y adolescentes. *Precop SCP*. 8, pp. 5-18.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychological Association*. 55, pp5-14.

Soifer, R. (1979). ¿Por qué la familia?. Buenos Aires: Kapelusz.

Sol, A. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. *Psicodebate*. pp. 39-61. Recuperado el 6 de diciembre de 2013, de

Urria, J. (2010). Estudio sobre fortalezas para afrontar las adversidades de la vida. Recuperado de <http://www.javierurria.com/files/Fortalezas>

[ParaAfrontarLasAdversidadesDeLaVida.pdf](#). Consultado el 15 de febrero de 2014.

Valledares, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la psicología. *MediSur*. Vol. 6 (1), pp. 4-14.

Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. *Psicología positiva aplicada*. pp. 17-39. Bilbao: Desclee de Brower.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología y salud*. 5, pp. 15-28.

## Organizaciones y sitios Web

American Cancer Society: [www.cancer.org](http://www.cancer.org)

Centro virtual de psicología de la Universidad de Pensilvania:  
<http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/register.aspx>.

National Cancer Institute: [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)

National Children's Cancer Society, Inc.: [www.children-cancer.org](http://www.children-cancer.org)

Organización Mundial de la Salud: [www.who.int/cancer](http://www.who.int/cancer)

Unión Internacional Contra el Cáncer: [www.uicc.org](http://www.uicc.org)

Extiende tu mano IAP. Asociación de ayuda a padres con niños diagnosticados con cáncer; Jesús Carranza No. 445, Col. Moderna de la Cruz C.P. 50180; Toluca, Estado de México.