



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**PROMOCIÓN EN LA RESILIENCIA MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN
BASADA EN LAS FORTALEZAS DEL CARÁCTER EN NIÑOS
DIAGNOSTICADOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: DESDE LA
PSICOLOGÍA POSITIVA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARISOL SÁNCHEZ BELTRÁN

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
COMITÉ: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ
MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ
DR. PEDRO WOLFGANG VELASCO MATUS
LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS



PROYECTO PAPIIT IN302814

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A mis dos principales motores en la vida...

A *mi madre* que me ha educado para ser mejor cada día, que con amor y comprensión incondicional me ha dotado de herramientas para enfrentar las adversidades, acompañándome en los momentos buenos como en los malos y siempre motivándome a lograr cada uno de mis objetivos. Gracias por ser una mamá tan maravillosa y dedicada a tus hijos en cuerpo y alma, no encuentro la manera de como agradecerte por todo tu apoyo y sobre todo por tu cariño, este logro te lo debo en gran medida a ti.

A *mi padre* que me ha demostrado que la distancia no es una limitante para brindar apoyo y motivación, gracias por recordarme constantemente que tengo que lograr las metas que me propongo y siempre ser mejor cada día, con humildad y dedicación.

Agradecimientos

Esta Investigación fue financiada gracias a los aportes del Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN302814.

A la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional, siglo XXI y al personal médico y de enfermería que apoyaron dicha investigación.

A todos los pacientes que hicieron posible esta investigación, así como, a sus madres-cuidadoras por la confianza.

A la *Dra. Bertha* por brindarme la oportunidad de formar parte del equipo de psicología de la salud y creer en mí, siendo una guía y fuente de admiración tanto personal como profesional, agradecerle por su tiempo, dedicación, paciencia y todas las enseñanzas profesionales que me ha brindado a lo largo de estos años.

Al *Dr. Carlos* por su profesionalismo y gran sentido de humor, agradecerle por haberme brindado grandes oportunidades y experiencias profesionales a lo largo de estos años. Agradecerle por su confianza, esperando seguir colaborando con usted. Tiene todo mi respeto y admiración.

A la *Lic. Queta* por sus enseñanzas y paciencia al comienzo, por dedicarme tiempo y confianza durante mis inicios en el equipo, te agradezco por ser parte de este logro y además por demostrarme que eres una persona la cual es fuente de admiración.

Al *Dr. Pedro* por su apoyo en la parte estadística, agradecerle por su gran accesibilidad y apoyo que mostró para lograr este trabajo.

A la *Mtra. Gaby* por aceptar formar parte de este trabajo y ayudarme en su realización.

A mi tía *Ángela* que siempre me ha inspirado el amor por aprender y adquirir conocimientos, así como agradecerle por creer en mí y en mi trabajo.

A mi mejor amiga y colega *Sandra* que ha estado conmigo a lo largo de toda la carrera y que a en el transcurso de estos años me ha brindado de una amistad inigualable, convirtiéndose en mi hermana, gracias por tu tiempo y cariño que redujo mis ansiedad durante este proceso, gracias por brindarme estímulo térmico tomando de mi mano en los días difíciles y por todas las aventuras que hemos pasado y las que nos faltan.

A *Samuel* por llegar a mi vida en el momento menos esperado pero más idóneo, gracias por ser ese *alguien* que me acompañó en la última etapa de éste proceso, dedicándome tiempo, motivación, apoyo y amor para obtener este logro. Agradezco tu admiración, cariño y esas ganas de crecer juntos tanto en lo personal como en lo profesional. *“El amor es nuestro verdadero destino. No encontramos el sentido de la vida por nuestra cuenta, lo encontramos junto a alguien”*.

Gracias al equipo de *Cardiología Conductual*, que me brindo grandes experiencias y aprendizajes. Gracias a mis compañeros y amigos que hice durante este tiempo, en especial a *Bren* por siempre ser una amiga tan divertida y amable y a *Vivi* por tu amistad y por las aventuras vividas, ambas hicieron entretenida e increíble esta experiencia.

A mis *amigos* que me han regalado un poco de su tiempo y una sonrisa en los días difíciles, haciendo mi vida más divertida, obsequiándome grandes y buenos momentos.

Nada de esto hubiera sido posible sin el apoyo y la compañía de todas aquellas personas que estuvieron y las que están, los que se han ido y los que se quedarán, que me han ayudado a convertirme en la persona que soy.

*Al hombre se le puede arrebatar todo, salvo una
cosa: la última de las libertades humanas, la
elección de la actitud personal ante un conjunto
de circunstancias para decidir su propio camino.*

Viktor Frankl

Tabla de Contenidos

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 Cardiopatías Congénitas	4
El corazón: anatomía, fisiología y conducción eléctrica	4
Definición y etiología de las cardiopatías congénitas	8
Clasificación de las cardiopatías congénitas	8
Epidemiología en México	10
Capítulo 2 Psicología Positiva	12
Conceptualización	14
Principales modelos teóricos	17
Resiliencia	21
Construcción de la resiliencia	27
Resiliencia en el niño/a y adolescente	33
Resiliencia y enfermedad crónica	37
Virtudes y fortalezas del carácter	42
Clasificación de las fortalezas del carácter	45
Construcción de las fortalezas del carácter en el niño/a y adolescente	48
Justificación	52
Planteamiento del problema	53
Objetivos	54
Variables	55
Método	57
Resultados	63
Discusión y conclusiones	72
Referencias	84
Apéndices	91

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción del concepto resiliencia	24
Tabla 2. Clasificación VIA	45
Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes	63
Tabla 4. Características sociodemográficas de las madres-cuidadoras	64
Tabla 5. Características clínicas de los pacientes	65
Tabla 6. Descriptivos y estadísticos T de Wilcoxon del IV y F	66
Tabla 7. Descriptivos y estadísticos T de Wilcoxon del Cuestionario de Resiliencia	68

Lista de figuras

Figura 1. Anatomía del corazón	5
Figura 2. Fisiología del corazón	6
Figura 3. Conducción eléctrica del corazón	7
Figura 4. La casita de la resiliencia de Vanistendeal	30
Figura 5. Rueda de la resiliencia de Henderson y Milstein	31
Figura 6. Puntajes totales y por subescalas del IV y F pre-post	67
Figura 7. Puntajes totales y por subescalas del cuestionario de Resiliencia pre-post	68
Figura 8. Diferencias en niveles de puntajes totales del Cuestionario de Resiliencia	69
Figura 9. Diferencias en niveles de puntajes del factor protector interno del Cuestionario de Resiliencia	70
Figura 10. Diferencias en niveles de puntajes del factor protector externo del Cuestionario de Resiliencia	70
Figura 11. Diferencias en niveles de puntajes de empatía del Cuestionario de Resiliencia	71

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue promover el uso de las fortalezas del carácter como generadoras y/o potenciadoras de la resiliencia en niños con diagnóstico de cardiopatía congénita a través de una intervención basada en la psicología positiva. Se realizó un estudio cuantitativo con diseño cuasi-experimental pre-post test sin grupo control; participó una muestra intencional de 5 pacientes (4 niñas y 1 niño) con un promedio de edad de 11,6± años y que recibían atención en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Se llevó a cabo una intervención psicológica durante cinco sesiones grupales cuyos efectos se midieron a través de la aplicación (pre test –post test) del Inventario de Fortalezas y Virtudes de Cosentino y Castro (2008) y el Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes de González-Arratia (2010). En la comparación pre-post test se observó un aumento en el uso de las fortalezas del carácter pertenecientes a las subescalas de *trascendencia* ($z = -2.06$; $p = 0.039$) y *sabiduría* ($z = -2.032$; $p = 0.042$), así como en los *puntajes totales* ($z = -2.032$; $p = 0.042$). En cuanto a los resultados de la variable resiliencia no se observó un cambio estadísticamente significativo. Se concluye que la intervención basada en la Psicología Positiva, incrementó el uso de las fortalezas del carácter en los niños con CC. Sin embargo, no se observaron cambios estadísticamente significativos en la variable de resiliencia debido a que la muestra mostró niveles óptimos desde el inicio del estudio, los cuales se mantuvieron en el post test.

Palabras clave: *Psicología Positiva, Resiliencia, Fortalezas del Carácter, Cardiopatías Congénitas.*

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas son consideradas un problema de salud pública, debido a su pronóstico vital, además que su tasa de mortalidad fetal oscila entre el 50 a 60% (Donoso y Oyarzú, 2012) además de que representan la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en el continente americano (OMS, 2015). La Organización Mundial de la Salud en el 2015 las define como: “*anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida*”. Las malformaciones congénitas más frecuentes son las cardiopatías congénitas (CC). La prevalencia reportada a nivel mundial de las CC va de 2.1 a 12.3 por cada 1000 recién nacidos vivos (Calderón-Colmenero, Cervantes-Salazar, Curi-Curi, y Ramírez, 2010). Sin embargo la incidencia varía entre 0.8% en países desarrollados y 1.2% en países subdesarrollados (1% como valor medio). Asimismo las malformaciones cardíacas más frecuentes se clasifican en dos grupos, dependiendo si existe o no la presencia de cianosis coloración azulosa causada por una deficiencia de oxígeno en los pulmones y por un exceso de dióxido de carbono en la sangre (Solano-Fiesco, Aparicio-Osorio y Romero-Ramírez, 2015).

Los tratamientos médicos invasivos para las anomalías cardíacas son en su mayoría dolorosos o con alto grado de complicación, lo que implicará largos periodos de hospitalización para aquellos que las padecen, además de ser una experiencia estresante que requerirá de diversas capacidades y fortalezas como el optimismo, valentía, autorregulación, entre otras para afrontar las dificultades y adversidades durante el curso de la enfermedad.

Si bien, desde la medicina se han desarrollado e implementado eficazmente diversas investigaciones acerca de las intervenciones médico-quirúrgicas para mejorar la condición de los pacientes con CC (Calderón- Colmenero et al., 2010), son pocos recursos teóricos, que desde la psicología se han enfocado en conocer y prever el deterioro psicológico del niño/a enfermos. Por lo que resulta necesario estudiar y atender, en este caso particular, las implicaciones psicológicas provocadas por las enfermedades cardíacas. Asimismo, prevenir y trabajar en el bienestar de la salud mental, la resiliencia ante la adversidad y los aspectos positivos que posibiliten un mejor afrontamiento durante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Para lograr esto, es que la Psicología Positiva tiene como objetivo el estudio de la satisfacción vital, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo y otras variables psicológicas positivas, que doten de capacidades, habilidades y herramientas así como el desarrollo de recursos para su promoción, como son la Resiliencia y las fortalezas del carácter (Vielma y Alonso, 2010).

Por tanto el propósito de esta investigación fue promover conductas resilientes a través de una intervención basada en potenciar el uso de las fortalezas del carácter que le permitió al niño con diagnóstico de cardiopatía congénita adquirir una mejor capacidad de afrontamiento positivo ante la enfermedad que padece.

CAPÍTULO 1

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

El corazón: anatomía, fisiología y conducción eléctrica

El cuerpo humano precisa para su funcionamiento de elementos como el oxígeno y diversas sustancias que le proporcionen energía, el sistema cardiovascular es el encargado de transportar la sangre y distribuir sustancias y nutrientes contenidas en ella por el organismo, así como, excretar los desechos celulares y su complejidad de este sistema le permite realizar diversas funciones. Está constituido por el corazón y los vasos sanguíneos los cuales están distribuidos por todo el cuerpo (las venas, las arterias y capilares) (Llanio y Perdomo, 2003; López y Macaya, 2009; Tortosa, 2006).

El corazón es un músculo en forma de cono invertido, el cual su tamaño y peso varía de acuerdo a la edad, el tamaño y el peso de la persona, ubicado en el interior del tórax, por detrás del esternón y descansa sobre el músculo diafragmático que separa las cavidades abdominales de las torácicas, casi dos terceras partes del corazón se sitúan en el hemitórax izquierdo. Está conformado por cuatro cavidades y separadas por un tabique muscular que las divide en dos partes, la izquierda y la derecha. Las dos cavidades superiores reciben el nombre de aurículas y las cavidades inferiores se les denominan ventrículos, cada aurícula está asociada a un ventrículo con el que se comunica por una parte llamada válvula, la cual es una puerta u acceso auriculoventricular; existen, por lo tanto, dos válvulas auriculoventriculares, una del lado derecho que recibe el nombre de válvula tricúspide que conecta aurícula derecha(AD) con ventrículo derecho(VD) y una izquierda llamada válvula

mitral que conecta aurícula izquierda(AI) con ventrículo izquierdo(VI), asimismo existen dos válvulas más dentro del corazón, estas conectarán a los ventrículos con los grandes vasos sanguíneos (aorta y tronco pulmonar), del lado derecho la válvula pulmonar conectará al VD con el tronco pulmonar, y del lado izquierdo válvula aórtica conectará al VI con la aorta (Llanio y Perdomo, 2003;Tortosa, 2006) La figura 1 muestra la descripción gráfica de la anatomía del corazón.

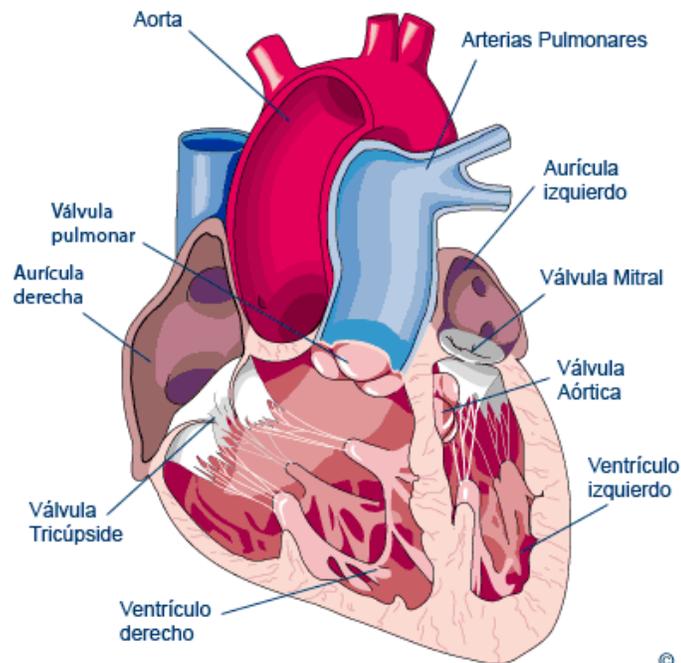


Figura 1. Anatomía del corazón.

La función del corazón es el de una bomba encargada de impulsar la sangre y que circule adecuadamente por el sistema circulatorio. El sistema circulatorio está constituido por las venas conductos por donde viaja la sangre con dióxido de carbono y otros desechos celulares y las arterias conductos por donde viaja la sangre enriquecida de oxígeno y nutrientes. El

paso de la sangre por el corazón comienza cuando las venas recogen toda la sangre “sucia” y la transportan hasta la AD, una vez que se llena la aurícula la válvula tricúspide se abre y permite que baje la sangre al VD, y de aquí, se expulsa hacia el tronco pulmonar abriéndose la válvula pulmonar para permitir el paso, esta sangre llega a los pulmones, donde en los alveolos se oxigena mediante un intercambio gaseoso, la sangre ya oxigenada, vuelve al corazón, por las venas pulmonares dirigiéndola a la AI, la cual, una vez llena permitirá el paso de la sangre por la válvula mitral, llegando al VI, que es el principal motor impulsor de la sangre hacia el resto del cuerpo, ya que de aquí se expulsa la sangre oxigenada hacia la aorta pasando por la válvula aortica (Tortosa, 2006). La figura 2, representa la descripción gráfica de la fisiología del corazón.

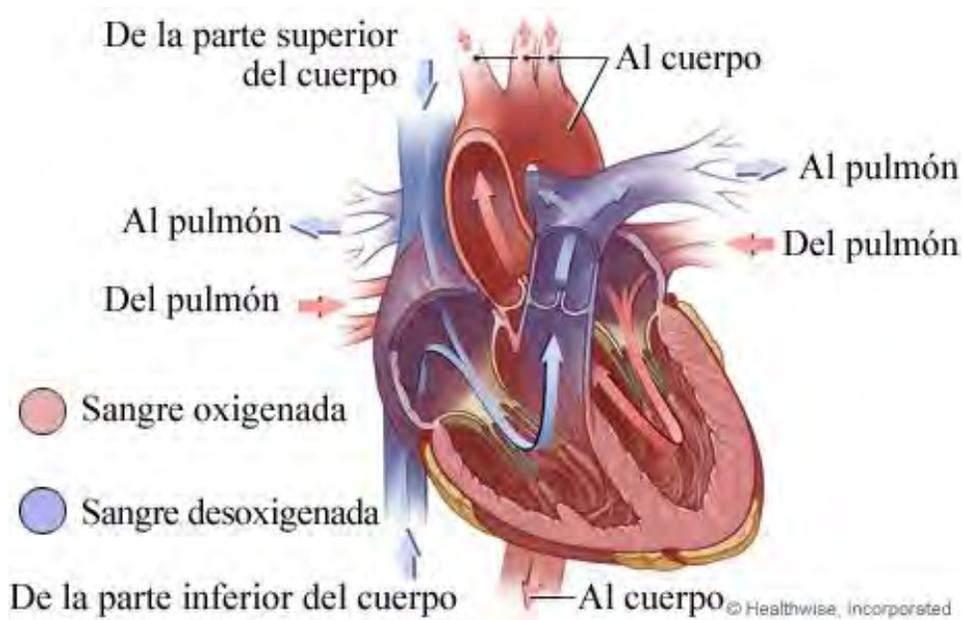


Figura 2. Fisiología del corazón.

Para que el corazón pueda latir requiere de un sistema productor de impulsos eléctricos que se observa en la figura 3, el cual permite que los músculos cardiacos se contraigan por medio de la excitación eléctrica que se produce en las células, produciendo el ritmo cardiaco. Este sistema de conducción se compone por el nódulo sinusal que es donde comienza el impulso, ubicado en la parte superior de la AD, de ahí pasa por el nódulo auriculoventricular(AV) este se encuentra en el tabique o septo que divide las cámaras en izquierda y derecha, posteriormente el impulso desciende a los ventrículos por el haz de his, el cual se divide en dos ramas que llevarán el impulso a cada uno de los lados hasta llegar a las fibras de Purkinje las cuales son células capaces de producir impulsos eléctricos (Llanio y Perdomo, 2003;Tortosa, 2006).

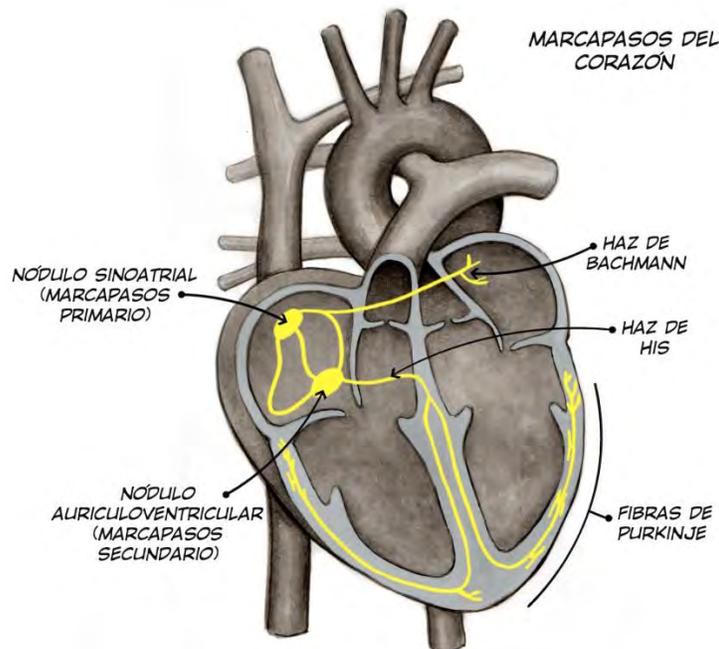


Figura 3. Conducción eléctrica del corazón.

Definición y etiología de las cardiopatías congénitas

Los defectos congénitos del corazón o también llamadas cardiopatías congénitas (CC) constituyen a un grupo de defectos morfofuncionales del corazón y/o los grandes vasos sanguíneos. Algunas de ellas son posibles diagnosticar al nacimiento, mientras otras hasta días o meses post-natal e inclusive años. Son el resultado de alteraciones en el desarrollo embrionario del corazón, entre la tercera y décima semanas de gestación (Maisuls, 2012).

Se sabe que las CC son de origen multifactorial, con interacciones genéticas y ambientales, que se pueden considerar como causantes o factores de riesgo de estos defectos cardiacos. Por la complejidad de la interacción, designar una causa específica de la anomalía cardiaca sería muy difícil, cabe destaca que dentro de los principales factores etiológicos encontrados son: los relacionados con la salud de los progenitores, que van desde el tipo de alimentación, la edad y el consumo adecuado de vitaminas, además de los factores hereditarios y ambientales, como son el consumo de drogas, tabaco y alcohol; la exposición a sustancias toxicas, entre otros factores (Calderón-Colmenero et al., 2010).

Clasificación de las cardiopatías congénitas

Son diversas y numerosas las cardiopatías congénitas, así como la manera de clasificarlas, que van desde su anatomía/fisiología como a su presentación clínica. Aunque existen dos grandes tipos de clasificación; la anatomoembriológica, la cual se basa en el diagnóstico (Dx) de las alteraciones estructurales del corazón y la clasificación clínico-fisiológica, que consiste en dividir las de una forma más general y básica, basándose en datos clínicos, permitiendo determinar si las cardiopatías son cianóticas o no cianóticas, entendiendo a la

cianosis como la coloración azulada de la piel y las membranas mucosas, debido a la presencia de la hemoglobina desoxigenada en los vasos sanguíneos cerca de la superficie de la piel (Aguero, Carballés, Estévez y De León, 2013; Monroy, et al.,2013).

De acuerdo con Carballés, Rodríguez, Gonzáles, Aguilera y Consuegra (2014); Heusser, Urcelay, Arnaiz y Acevedo (1997); Solano-Fiesco et al. (2015), las cardiopatías no cianóticas son las más frecuentes, además de ser las más diversas dentro de las clasificaciones, ya que su única característica en común que las define es la ausencia de coloración azulosa en membranas de la piel o de las mucosas, principalmente en lechos ungueales y zonas peribucal, dentro de esta clasificación se encuentran: los cortocircuito de izquierda a derecha, los defectos obstructivos del corazón izquierdo y por ultimo las insuficiencias valvulares, los diagnósticos más comunes de las cardiopatías no cianóticas son:

- Comunicación interventricular.
- Comunicación interauricular.
- Conducto arterioso permeable.
- Canal auriculoventricular.
- Estenosis pulmonar
- Estenosis aórtica.
- Coartación aórtica.

Mientras que dentro de las cardiopatías cianóticas se hayan; los cortos circuitos de derecha a izquierda, los defectos obstructivos de corazón derecho, las mezclas totales y la falta de mezcla, siendo los diagnósticos más comunes:

- Tetralogía de Fallot.
- Transposición de grandes arterias.
- Retorno venoso pulmonar anómalo completo.
- Doble salida del ventrículo derecho.
- Atresia tricúspidea.
- Atresia pulmonar.
- Anomalía de Ebstein.
- Ventrículo único

Epidemiología en México

Es de especial interés el estudio de las condiciones de salud física y emocional de esta población debido a que en las últimas décadas las cardiopatías congénitas han mostrado un aumento en la incidencia de cardiopatías más leves (no cianóticas) y una permanencia en la incidencia en los diagnósticos severos, a nivel mundial. Si bien, los avances en la medicina, tanto, en técnicas de detección como en tratamientos ha mejorado, permitiendo mejorar la salud de los pacientes y aumentando la longevidad, no obstante la tasa de mortalidad infantil a causa de esta anomalía aún es grande (Granado, 2005).

La prevalencia a nivel mundial de las CC, se estipulan que van de 2.1 a 12,3 por 1,000 nacidos vivos, constituyendo el 30% de las principales causas de mortalidad infantil, con un

rango entre 4 y 12 por mil nacidos vivos, variaciones que dependen del momento del estudio, población de estudio y métodos diagnósticos (Calderón- Colmenero et al., 2010; Orraca, Almenares y Álvarez, 2004).

Fernández, Gutiérrez y Viguri en el 2012, mencionaron que la segunda causa de muerte infantil en México son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas lo que representa el 22% de las muertes infantiles, resultando las cardiopatías congénitas las principales dentro de éstas. Si bien, es necesario precisar cuántos niños son diagnosticados con CC, en la actualidad y con ello contar con cifras más exactas, es relevante ver como las cardiopatías afectan a la población pediátrica mexicana, es por ello que se debe comenzar a crear protocolos multidisciplinarios e integrales para trabajar con los pacientes y sus familiares desde el diagnóstico y de esta manera puedan enfrentar y abordar el curso de la enfermedad de la manera más óptima.

A pesar de ser incierta la incidencia a nivel nacional sobre las CC, es importante ver las repercusiones a nivel físico y también hablar sobre las afectaciones psicológicas en los que la padecen, los niños diagnosticados con esta patología, ya que se ven inmersos día a día a un sin número de situaciones adversas y estresantes, las cuales cambian por completo su estilo de vida desde lo familiar hasta lo social, existiendo una repercusión emocional. Y aún más importante es determinar los recursos y fortalezas que poseen los niños, para hacerle frente.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA POSITIVA

Antes del surgimiento de la psicología positiva como campo especializado en el bienestar de la salud, existieron tendencias positivas como es el surgimiento en los años 60's de la corriente humanista con sus principales representantes, Maslow, Rogers y Fromm, que desarrollaban una psicología centrado en los potenciales para poder desarrollarse como un individuo sano. Sin embargo, careció de fundamentos empíricos fehacientes (Vera, 2006; Villegas, 1986). Es hasta 1999, que el concepto de psicología positiva fue pospuesta por Martin Seligman, en su presentación inaugural como presidente de la American Psychological Association, en su discurso mencionó, que la psicología positiva surgió *“como nuevo paradigma teórico y metodológico con el objetivo de superar las barreras que hasta entonces existían en la psicología tradicional (conductismo y psicoanálisis), dejando a un lado la visión negativa y comenzar el estudio científico de las experiencias positivas”*. Además, de explicar los procesos que emergen de las cualidades positivas de los individuos, no solo para dar la solución a los trastornos mentales, sino como el mejoramiento en la calidad de vida y el bienestar de la salud (Contreras y Esguerra, 2006; Fernández, 2008; Mariñelarena-Dondena, 2012; Vera, 2006).

Con la necesidad de cambiar la visión de la psicología tradicional, la cual se focaliza en la identificación de los factores negativos con el objetivo de la comprensión y resolución o disminución de los trastornos, es cómo surge la psicología positiva, teniendo como objetivo

principal el estudio de las emociones y rasgos positivos que poseen los individuos (Hervás, 2009).

En 1990 por la iniciativa de Martin Seligman que junto con otros renombrados psicólogos norteamericanos surge la psicología positiva. El motivo fundamental de su creación fue fomentar el interés de académicos e investigadores sobre un área muy desatendida hasta ese momento: el estudio de los aspectos psicológicos positivos del ser humano (Oblitas, 2008). Hasta antes de la segunda guerra mundial, la psicología solamente se había enfocado en el estudio de los trastornos mentales, así como la forma de tratar y curar, descuidando las cuestiones positivas que poseen los individuos, sus fortalezas, habilidades, rasgos y todas las herramientas con las que cuenta para poder enfrentar los problemas psicológicos que se puedan presentar (Park, Peterson y Sun, 2013; Vera, 2006).

Sin embargo, la psicología positiva no es un concepto nuevo, ya que se remonta desde posturas filosóficas del hedonismo y eudaimonía. La primera trata de comprender el bienestar como, la presencia del afecto positivo y la ausencia del efecto negativo, buscando el placer, concibiendo la felicidad como la mayor cantidad de momentos placenteros. Mientras que la perspectiva del eudaimonía, propone que, el vivir de una forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos, conllevará al bienestar, esto mediante el compromiso pleno para que las personas se sientan vivas y auténticas. Es así como la psicología positiva adopta un razonamiento y perspectiva constructivista-humanista para darle explicación a los procesos psicológicos de los individuos (Fernández, 2008; Martorelli y Mustaca, 2004; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Con el surgimiento y auge de la psicología positiva otros científicos han tratado de reconceptualizar el constructo de la misma psicología positiva, definiéndola como, el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permitirán al individuo adoptar una perspectiva más abierta, pero convergen en la misma finalidad, lograr un bienestar en la salud mental, logrando que las personas tengan una vida plena, mejorando sus experiencias de vida mediante el desarrollo de las cualidades positivas y no sólo para curar los daños psicológicos si no para prevenir que se produzca alguna patología (Sheldon y King, 2001 citado en Contreras y Esguerra, 2006).

Seligman (2011) (citado en Mariñelarena-Dondena, 2012) como el principal representante de la psicología positiva, ha trabajado para definir y precisar el concepto y las características particulares de la psicología positiva, la cual se centra en el bienestar del individuo, para ello incorporó cinco elementos fundamentales para el desarrollo del bienestar: (a) el compromiso; (b) las emociones positivas; (c) los vínculos positivos; (d) el significado; (e) el logro. Así como, centrarse en reconocer y desarrollar sus fortalezas y virtudes, que estas actuarán como barrera contra la enfermedad mental.

Conceptualización

La Psicología Positiva es un nuevo campo que tiene como objetivo hacer una psicología más integral, que no intenta reemplazar ni descartar la psicología tradicional, sino complementarla, y de este modo poder tener descripciones de cómo el individuo puede aprovechar sus cualidades, fortalezas, virtudes y experiencias positivas, y con ellas lograr una resolución de sus problemas psicológicos (Park, et al., 2013).

La psicología positiva es el estudio de la felicidad o bienestar psíquico, que tiene como finalidad la mejora en la calidad de vida, además de la prevención en la aparición de trastornos mentales, mediante los siguientes objetivos: (a) el estudio de las emociones positivas; (b) el estudio de los rasgos positivos del psiquismo y (c) las instituciones que generan a y b. De esta manera la psicología positiva focaliza su atención en hacer la vida de las personas más productivas y plenas, así como, identificar y desarrollar las cualidades personales y la inteligencia emocional. Se reconoce el papel de las emociones positivas funge como factor causal en la salud física y mental del individuo (Mariñelarena-Dondena y Gancedo, 2011; Prieto, 2006; Vera, 2006).

Los estados psicológicos repercuten directamente a la salud, tanto nuestras emociones y/o sentimientos crean efectos positivos como negativos que pueden afectar o favorecer nuestro bienestar físico. De acuerdo con los estudios de la Dra. Fredrickson (1998,2000 citado en Barragán y Morales, 2014) demostró que las emociones positivas actúan como barrera a los efectos fisiológicos negativos tanto en personas con salud o que padecen alguna enfermedad. Al contrario de las personas con tendencia a expresar las emociones negativas, las cuales se ve deteriorado su estado de salud, sin embargo ambas coexisten y están presentes en situaciones estresantes como lo puede ser la enfermedad. Además de ser un amortiguador ante el estrés y la ansiedad, los cuales son dos de los principales factores causantes de un deterioro en la salud física, emocional y social.

Algunos investigadores se han dado a la tarea de determinar los objetivos de estudio de la psicología positiva, desde los rasgos personales positivos, las emociones positivas y las

instituciones positivas del individuo como son: el optimismo, el bienestar subjetivo, la resiliencia, la felicidad, la satisfacción, la determinación, la esperanza, las fortalezas del carácter, las virtudes, democracia, etc. Todo esto con la finalidad de establecer los factores que promueven y conforman el desarrollo psicológico sano para llevar al individuo al bienestar y el funcionamiento óptimo entre sus recursos personales y la interacción sociomaterial (Fernández, 2008; González, 2004; Martorelli y Mustaca, 2004).

La relación entre la psicología positiva y el campo de la salud se ven integradas, desde un punto de vista de crear paradigmas salutogénicos (Stuhlmiller y Dunning, 2000 citado en González, 2004) que conciben al ser humano como un ente capaz de aprender ante las experiencias adversas como la enfermedad y mediante sus propios recursos lograr una mejora en su calidad de vida relacionada con la salud. Simón (1993) destacó la existencia de diversos factores comórbidos al padecer una enfermedad que afectan negativamente al individuo, los cuales son conocidos como factores de riesgo como puede ser el estrés, ansiedad, depresión, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, etc. los cuales tiene una relación directa con el comportamiento y las emociones del paciente, asimismo el cambio de estilo de vida en puede considerarse como un factor de riesgo ambiental, debido a los periodos de hospitalización, que suelen ser causante de grandes niveles de estrés y ansiedad. Sin embargo, así como existen factores de riesgo, existen factores de protección, que el mismo paciente posee para poder enfrentar la enfermedad y las repercusiones de ella.

Para lograr el objetivo de la psicología positiva, se han creado diversos modelos y estrategias de intervención, promoción y prevención con el fin de desarrollar y optimizar los

recursos personales de cada sujeto en presencia y ausencia de patología y que de esta manera puedan hacer uso de ellas ante situaciones que desestabilicen su estado óptimo o repercutan negativamente en su salud.

Principales modelos teóricos

La psicoterapia desde el modelo de la psicología positiva, trata de infundir elementos constructivos y potenciadores de las capacidades individuales, en la actualidad las intervenciones clínicas desde este modelo han incrementado, por la necesidad de cubrir los aspectos positivos de cada individuo que puedan servir de apoyo para el afrontamiento de cualquier problemática y de esta manera puedan tener mayor solidificación y comprensión en los aspectos clínicos (Vázquez y Hervás, 2009; Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

En el marco de la psicología positiva las intervenciones y estrategias no llevan a cabo el supuesto modelo de la enfermedad, al contrario, le dan la misma importancia a las fortalezas como las debilidades del ser humano, buscando el potencializar los aspectos positivos para el desarrollo de una “buena vida”. Park y Peterson (2009 citado en Park, et al., 2013) mencionaron que para lograr una buena vida es necesario cuatro áreas, las cuales se relacionan entre sí: (a) experiencias subjetivas positivas (felicidad, plenitud, *fluir*); (b) rasgos individuales positivos (fortalezas del carácter, talentos, intereses, valores); (c) relaciones interpersonales positivas (amistad, matrimonio, compañerismo); (d) instituciones positivas (familias, escuelas, negocios, comunidades). Estos elementos no actúan como elementos causales de una vida plena, en cierto modo cada una posibilita o potencializa algún aspecto permitiendo la interacción entre cada elemento logrando que converjan entre sí, entendiendo

que si los cuatro elementos se combinan se logrará un buen funcionamiento en la vida del individuo.

El objetivo de las intervenciones y estrategias de la psicología positiva no radica en eludir los elementos negativos o las problemáticas, es más bien identificar lo que los seres humanos tienen como recursos personales y utilizarlas para como herramientas puedan enfrentar o abordar y resolver los problemas psicológicos de manera más eficaz, logrando un bienestar psicológico. Existen diversos modelos de intervención desde la psicología positiva, las cuales tiene como característica intervenciones breves y que a corto plazo que permiten aumentar el bienestar psicológico, reduciendo los rasgos negativos. Vázquez, et al (2006); Vázquez y Hervás (2009) mencionan los tres principales modelos psicológicos del bienestar:

1. *El modelo del bienestar psicológico de Ryff (1989)*: Este modelo es uno de los pioneros en el estudio del bienestar, mucho antes del surgimiento de la psicología positiva, su modelo incluye aspectos que intervienen en el funcionamiento humano óptimo y de esta forma pueden definir la salud mental positiva. Los elementos que caracterizan al modelo es el no poseer aspectos hedónicos con la finalidad del bienestar, sino más bien son las consecuencias, las que llevan a un funcionamiento psicológico óptimo, considerando los atributos positivos y no las carencias. El modelo describe que la salud mental se divide en seis dimensiones: (a) control ambiental; (b) crecimiento personal; (c) propósito en la vida; (d) auto-aceptación; (e) autonomía y (f) relaciones positivas con otros, estas dimensiones se consideraran

como predictores del bienestar y de las cuales se pueden diferenciar dos polos: el nivel óptimo y el nivel deficitario del funcionamiento.

2. *La teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (1985)*: Este modelo más humanístico, tiene como finalidad el bienestar psicológico que de acuerdo con los autores es la consecuencia de un funcionamiento óptimo y no como consecuencia de las experiencias placenteras, los autores mencionaron que para llegar a ello se debe basar en un funcionamiento psicológico sano, el cual involucra dos elementos: (a) satisfacer las necesidades psicológicas básicas (Inteligencia emocional, competencia y vinculación) y (b) poseer un sistema de metas congruentes y coherentes; lo que significa crea metas que sean más intrínsecas que extrínsecas, así como coherentes con los propios intereses y valores del individuo. La teoría del modelo hace mención sobre necesidades básicas, como las definidas por Murray o Maslow de igual manera son consideradas como nutrientes básicos e innatos esenciales del bienestar. Si alguna de estas necesidades tuviera un déficit, se verá afectado en el bienestar psicológico o traerá consecuencias negativas en las otras necesidades y se verá reflejado en sintomatología física y/o psicológica. Actualmente, este modelo amplía las necesidades básicas y agrega otras como la seguridad o el sentido vital.
3. *El modelo de las tres vías de Seligman (2002)*: Este modelo teórico y práctico de las tres vías que hace referencia a la vida placentera, la vida comprometida y la vida significativa, pretende mostrar las diferentes vías que pueden llevar a la felicidad mediante la satisfacción vital. Poniendo mayor énfasis en la vida comprometida y la

vida significativa para la construcción del bienestar, sin embargo, no son exclusivas estas vías. La vida placentera, se entiende como el aumento de las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida, hace mención a desarrollar y practicar las fortalezas personales con la finalidad de desarrollar “flow” nombre que le dio Seligman a las experiencias óptimas; y por último la vida significativa, que alude al sentido vital del individuo y los objetivos que van más allá de uno mismo (Barahona, Sánchez y Urchaga, 2013; Vázquez y Hervás, 2009; Vázquez et al., 2006).

Martin Seligman en el 2011 (citado en Barahona et al., 2013) revisó y reformuló su modelo de las tres vías, encontrando algunas deficiencias teóricas, creando la teoría de la vida que Florece (*well-being*), en la cual menciona que el núcleo principal de la psicología positiva es el bienestar y no la felicidad como mencionaba en sus pasada teoría. Mientras que los objetivos fundamentales dejan de ser la satisfacción de la vida, siendo ahora el crecimiento personal. De esta manera considera que cinco son los elementos que desarrollaran el crecimiento personal: emoción positiva (Positive emotion), entrega (Engagement), relaciones (Relationship), sentido (Meaning and purpose) y logros (Accomplishmet), lo que en acrónimo en inglés forma PERMA.

Existen diversas teorías y modelo que tratan de explicar el sentido teórico de la psicología positiva, en cierto modo todos coinciden con la misma finalidad, la cual es centrarse en perspectivas positivas, que fortalezcan al individuo o que lo llevan al bienestar psicológico, felicidad o llevarlo a una vida plena en presencia y/o ausencia de alguna patología.

Igualmente, busca encontrar las explicaciones de los procesos que se relacionan con el funcionamiento óptimo del individuo (inteligencia emocional, resiliencia, bienestar subjetivo, capacidades de afrontamiento, fortalezas del carácter), estudiando áreas de la experiencia humana que la lleva al bienestar. (Padrós, Martínez, Gutiérrez-Hernández y Medina, 2010). Otros autores de diversas corrientes psicológicas se han dado a la tarea de realizar modelos integrativos que conjunten las bases de la psicología positiva y teorías cognitivistas, conductistas y constructivistas, logrando enriquecer la psicoterapia mediante la consideración de las debilidades y las fortalezas de los individuos para que pueda alcanzar el desarrollo personal (Mariñelarena-Dondena, 2008).

Ya que la psicología positiva parte del estudio de los aspectos positivos del ser humano, el crecimiento personal y el lograr un estado de bienestar emocional, uno de los constructos fundamentales para explicar el afrontamiento adaptativo y positivo de situaciones adversas o experiencias traumáticas o estresantes que cualquier individuo puede atravesar, es la resiliencia, la cual explica la manera en cómo ante estos eventos se logra salir fortalecido. Dicho concepto es primordial para comenzar a crear modelos salutogénicos que impliquen la promoción de esta capacidad en los individuos.

Resiliencia

En los últimos años la resiliencia ha sido tema de interés para la investigación en el campo de la psicología positiva, definida como la capacidad de recuperarse de eventos vitales y salir fortalecido de ellos (Vázquez y Hervás, 2009). El término resiliencia surge para dar una explicación de aquellos casos en donde se observa que algunos seres humanos

logran superar condiciones severamente adversas y que inclusive, logran transformarlas en una oportunidad o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social (Fernández-Lansac y Crespo, 2011; González-Arratia, Nieto y Valdez, 2011; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero, 2012; Rocamora, 2008).

El termino resiliencia en un inicio sólo hacía referencia a la capacidad de la materia solida a resistir al ser sometida a presiones, dicho termino era procedente de la física y de las ingenierías, no obstante el termino resiliencia lo adoptaron diversas disciplinas de las ciencias sociales, desde la psiconeuroinmunología, la filosofía, la antropología, el derecho, el trabajo social, la economía, la psicología, la medicina, las neurociencias etc., debido a su amplio espectro en la definición (González-Arratia, Valdez y Zavala, 2008). La etimología del vocablo resiliencia proviene del latín de la palabra *resilio*, que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “resaltar”, “rebotar” (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

Uno de los pioneros en el concepto de la resiliencia aplicada a la psicología fue Michael Rutter (1997, citado en Villalba, 2003) quien adoptó el término y lo conceptualizó como flexibilidad social, la cual entendía como un proceso más dinámico que estático, donde, lo que interviene son las interacciones entre el ambiente y los individuos siendo una interacción bilateral, de esta forma permite adaptarse ante circunstancias adversas.

El creciente interés en la resiliencia como un concepto de la psicología nace en la década de los 80's, debido a la atrayente investigación longitudinal acerca de aquellos niños criados en condiciones adversas como es la pobreza y las implicaciones de un medio insano para el desarrollo de patologías psicológicas, esta investigación demostró que al paso de los años,

estos niños al llegar a edad adulta desarrollando competencias y habilidades optimas logrando ser personas competentes y funcionalmente adaptativos al contexto sociocultural (Carretero, 2010; González-Arratia, et al., 2008; Kotliarenco et al., 1997; Vera, Carbelo y Vecina, 2006; Villalba, 2006).

Debido a la falta de consenso en la definición de resiliencia, los diversos autores que lo han definido, consideran que el constructo es un proceso, una capacidad, un crecimiento, enfrentamiento, habilidad, cualidad entre otros, (González-Arratia et al., 2011; Villalba, 2003a, 2006b,). Para clarificar el concepto se debe comprender que existen tres tipos de visiones o escuelas teóricas acerca de la definición de resiliencia, la visión europea, la norteamericana y la latinoamericana: los autores europeos, la definieron como un crecimiento postraumático, siendo la capacidad de salir intacto de una experiencia adversa y aprender de ella, mientras que la visión estadounidense hace referencia a un proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse indemne, diferenciando el crecimiento postraumático entendido como la obtención de beneficios tras la experiencia traumática y la resiliencia ya que este es exclusivo para describir el retorno homeostático de un individuo a su condición anterior, finalmente en Latinoamérica el concepto se centra en una realidad social, destacando un enfoque colectivo y comunitario como respuesta a los problemas del contexto (Rodríguez, 2009; Vera et al., 2006).

Estas tres escuelas de investigación en el concepto de resiliencia varían dependiendo de la ubicación geográfica (la anglosajona, la europea y la latinoamericana) la Tabla 1 describe con precisión el concepto de cada escuela (Gil, 2010).

Tabla 1. *Descripción del concepto resiliencia.*

Visión teórica	Resiliencia definida como	Principales autores
Anglosajona	Una habilidad o capacidad individual de enfrentarse, sobreponerse y fortalecerse ante la adversidad. Debe ser entendido no como un conjunto de características internas o externas, sino como un conjunto donde dichos elementos se desarrollarían dentro de un marco temporal. Siendo de suma importancia contemplar los elementos que actúan en la aparición de la resiliencia: factores de riesgo y factores de protección.	Emmy Werner (1995) Ruth Smith (1992) Edith Grotberg (1995) Nan Henderson (1996) Mike Milstein (1996) Michael Rutter (1997)
Europea	Un proceso diacrónico que se proyecta hacia el futuro y que surge ante la adversidad en sus diversas manifestaciones. Siendo una fuerza presente en todas las personas y que necesita de los demás para nutrirse y manifestarse. La interacción entre el individuo y el entorno es crucial para la aparición de la resiliencia. Asimismo, la escuela europea menciona el uso de factores de riesgo y factores de protección como base del análisis de la resiliencia, sin embargo, habla de que dichos factores no afectan por igual a todas las personas,	Boris Cyrulnik (2001) Stefan Vanistendael (1996) Jacques Lecomte (2000)
Latino-americana	Un compromiso activo con la justicia y bienestar comunitario, la escuela de América Latina la define como resiliencia comunitaria, centrándose en la promoción de resiliencia especialmente mediante apoyo grupal.	Aldo Melillo (2001) Nestor Suárez (2001)

El constructo ha evolucionado y no sólo mediante la localización geográfica de investigación, ahora se estudia desde una visión multidisciplinaria, creándose modelos integrativos, centrandose sus investigaciones ya no solamente en niños y adolescentes, sino en

la edad adulta, de esta manera los modelos teóricos son más completos, en donde someten a análisis los factores de riesgo viéndolos como arbitrarios, ya que éstos no consideran el contexto, la sensibilidad o cultura del individuo. Es así, como estos nuevos modelos conceptualizan la resiliencia y la no resiliencia, no como ideas contrapuestas sino complementarias. Comprendiendo a la no resiliencia como todo aquello que obstaculice, inhibe o ralentice el proceso, sin ser un concepto absoluto, se hablan de conductas, estrategias, actitudes resilientes y no resilientes (Gil, 2010).

La resiliencia es un concepto más complejo del sólo hecho de sobreponerse o la exclusiva capacidad de superar la adversidad, ya que está constituido por dos dimensiones; (a) dimensión interna, que se refieren a los factores relacionados a la interacción entre los aspectos biológicos y psicológicos y (b) dimensión externa, que se refieren a la características del contexto ambiental (familiar y social), cuando estos dos factores alcanzan un equilibrio es cuando se logra la resiliencia, que en conjunto con las emociones positivas y pensamientos positivos, consiguen cambios conductuales que favorecen al individuo (Greco, Merelato y Ilson, 2006; Poletti y Dobbs, 2005).

Hasta el día de hoy el concepto de resiliencia adquiere diversas definiciones, estas dependen de cada autor y su enfoque teórico, a pesar de no existir una unificación en las definiciones de la resiliencia en la psicología, todas las definiciones coinciden en que es la capacidad que tienen los individuos de resistir, adaptarse y transformarse a pesar de vivir situaciones difíciles o traumáticas logrando salir airoso y fortalecido de estas condiciones, permitiendo una oportunidad de evolución y adaptabilidad al medio, posterior a experiencias

estresantes, posible mediante la interacción entre los factores internos del individuo y los externos (Vera et al., 2006; Villalba, 2006).

Al ser un constructo aún joven en investigación, la resiliencia ha tenido grandes dificultades para la homogenización en su significado, por ello es difícil describir un concepto universal. Por otro lado el concepto ha evolucionado, al mismo tiempo han surgido grandes interrogantes acerca de la adquisición de la resiliencia, desde cuáles son los factores internos y externos que permiten la aparición y que se ven inmiscuidos en el proceso de resiliencia. Para comprender a profundidad la resiliencia Carretero (2010), describe los hallazgos en las investigaciones de la resiliencia mencionado dos grandes modelos para el análisis del fenómeno, uno centrado en el individuo (factores internos) y otro centrado en las variables ambientales (factores externos).

Los modelos centrados en el ambiente determinan, que no existen factores de causalidad en la aparición de la resiliencia, pero le dan un gran valor a la relación de los factores protectores, factores predictores y factores de riesgo en las consecuencias del individuo. Estos modelos tienen una ventaja importante en la creación de intervenciones a nivel contextual. Entre ellos encontremos tres modelos importantes: (a) los sumativos: en donde la aparición de la resiliencia será la diferencia entre la suma de factores protectores y los factores de riesgo; (b) los de interacción: aquí la resiliencia aparece mediante la interacción entre los factores de riesgo y de protección, así como destaca la interacción entre personas y ambiente y (c) los indirectos: los cuales consideran que los factores no se pueden considerar

como protectores o de riesgo, sino hasta que crean una consecuencia en el entorno, es así como la persona le dará la connotación.

Con respecto a los modelos centrados en el individuo, concluyen que no existen características personales generalizadas para la aparición de la resiliencia, es la relación e interacción entre éstas características. Los dos principales modelos son: (a) estudio de casos de personas resilientes: estos estudios dieron la caracterización de las personas resilientes y (b) comparación entre dos subgrupos con alto grado de adversidad: adaptativos vs no adaptativos, dichas investigaciones arrojaron que las personas que se adaptan bien a las situaciones adversas comparten características psicológicas y sociales. Por consiguiente, algunos investigadores han tratado de crear modelos más integrativos para evitar el mayor número de desventajas, pues para la aparición de conductas resilientes es necesario la presencia e interacción entre diversos factores ambientales como personales tanto para la construcción como promoción.

Construcción de la resiliencia

Si es entendido que la resiliencia es la capacidad que algunos individuos poseen, después de haber vivido experiencias traumáticas o atravesado por condiciones severas, consiguiendo transformar dichas vivencias en aprendizajes, saliendo fortalecido y logrando un óptimo afrontamiento, se debe comprender que dicha capacidad no es genética, es decir, no está entre nuestros patrones hereditarios, es más bien un proceso de aprendizaje que se adquiere con ayuda de la interacción entre factores personales y ambientales que le permite al individuo afrontar las condiciones sin que se vea afectada la estabilidad biopsicosocial, con

ello se puede aseverar que sí, es una capacidad innata, pero, es necesaria desarrollarla o entrénala (Rocamora, 2008).

Saavedra (2004) mencionó que aquellos individuos que han atravesado situaciones adversas y pese a ello son capaces de establecer relaciones sociales constructivas, poseen un gran sentido de esperanza y optimismo, así como la capacidad de extraer un significado ante estas situaciones estresantes, con visión positiva y al futuro, dichos individuos poseen factores protectores tanto internos como externos. Los internos o personales son:

- Presta servicio a los otros o a una causa.
- Aplicación de estrategias de convivencia (asertividad y control de impulsos).
- Características sociables.
- Sentido del humor.
- Fuerte control interno frente a los problemas.
- Manifestación de autonomía.
- Visión positiva al futuro.
- Flexibilidad.
- Capacidad para aprender y conectar los aprendizajes.
- Capacidad para auto motivarse.
- Percepción de competencias personales.
- Confianza en sí mismo.

Los factores ambientales que apoyan o favorecen la resiliencia son:

- Ambientes que promueven vínculos estrechos.

- Un entorno que valora y alienta a las personas.
- Promoción por la educación.
- Ambiente cálido, no crítico.
- Límites claros.
- Apoyo social.
- Responsabilidades compartidas.
- Ambientes capaces de satisfacer las necesidades básicas de las personas.
- Entornos que expresan expectativas positivas y realistas.
- Promoción en el logro de metas.
- Fomentar valores prosociales y estrategias de convivencia.
- Liderazgos claros y positivos.
- Ambientes que valoran los talentos específicos de cada persona.

De acuerdo con Cyrulnik (citado en Saavedra, 2004) existen tres factores fundamentales para la construcción de la resiliencia:

- La adquisición de recursos internos.
- El tipo de situación adversa (enfermedad, herida, agresión, carencia, etc.).
- El significado para la persona (las posibilidades de actuar y hablar con otros individuos, apoyo social).

Uno de los principales modelos acerca de la construcción de la resiliencia es la descrita por el Dr. Stefan Vanistendael (2002, citado en Muñoz y De Pedro, 2005) nombrado como “la casita” (Figura 4), en dicho modelo se determina que para la adquisición de la resiliencia,

se necesita comprender que es un fenómeno complejo, ya que no es ni estable ni absoluto. El modelo hace la analogía a través de la construcción de una casa, es igual a la construcción de la resiliencia, pues es necesario sólidos cimientos y que cada piso de esta casa representa un campo de intervención posible, ya sea para construir, contribuir, mantener o reestablecer.

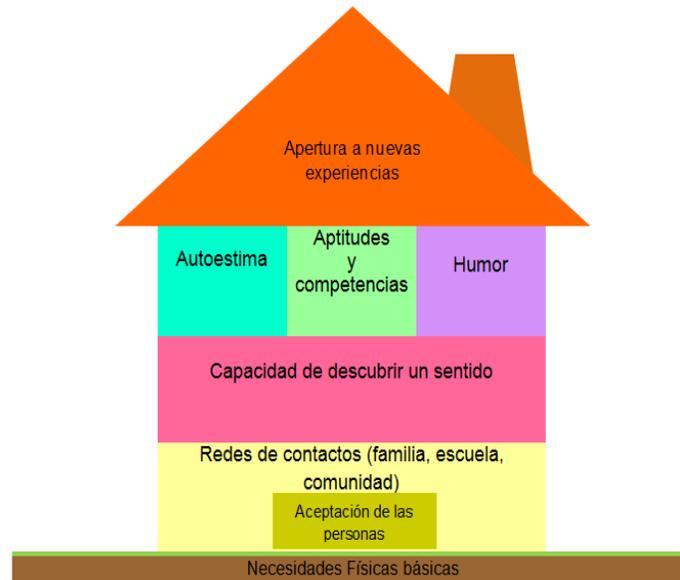


Figura 4. La casita de la resiliencia de Vanistendeal (2002)

De acuerdo a este modelo no se nace con la resiliencia, sino se construye a través de elementos como son las necesidades físicas básicas (cimientos), no obstante, se necesita más que esto para llegar a ser una persona resiliente, los cimientos se componen por la red de relaciones sociales y que dichas relaciones conlleven a la aceptación bilateral profunda. En la planta baja se encuentra la capacidad de encontrar un sentido a la vida, el individuo debe crear proyectos concretos, en relación a la vida y vinculado a su entorno, ya que no es una actividad individual, en el primer piso se localizan tres habitaciones: la autoestima, las competencias y aptitudes (no sólo cognitivas, si no profesionales y de supervivencia) y el

humor, los tres campos están ligados. Finalmente, en el desván está la apertura a otras experiencias, es un factor sociocultural, es la capacidad para que cada día se incorpore algo nuevo (Guillén, Villarraga, Pachón y Roncancio, 2013; Muñoz y De Pedro, 2005; Rodríguez, 2009). Este diagrama de la casita sirve como herramienta para encontrar puntos fuertes y débiles en el individuo, que estén limitado su capacidad de resiliencia, es decir identificar cual es el piso de la casa, que más se necesita reforzar o construir.

Otro modelo de construcción de la resiliencia es el descrito por Nan Henderson y Mike Milstein (citado en Gil, 2010) estos autores tomaron como base los estudios de Bonnie Benard y la propia Edith Grotberg creando el modelo de la “Rueda de la Resiliencia” (figura 5) consta de una estrategia de seis pasos para construir la resiliencia, dicho modelo se elaboró para la promoción en las escuelas. Los primeros tres pasos se dirigen a reducir los factores de riesgo ambientales y los restantes a promover la resiliencia a nivel de variables.



Figura 5. Rueda de la resiliencia de Henderson y Milstein (2003)

En su mayoría los modelos de construcción de resiliencia, fueron desarrollados para la aplicación en las escuelas, modelos que compromete ambos aspectos (internos y externos), los elementos importantes de dichos modelos, es la potencialización de las fortalezas intrapsíquicas. Para ello, los modelos mencionan que es necesario la presencia de un individuo que ayude y apoye al individuo al cual se pretende construir conductas resilientes, esto se logrará si el sujeto se convierte en un “tutor de resiliencia”, descrito por Cyrulnik (2001 citado en García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013), como una persona que brindará amor incondicional, estará en presencia junto al sujeto, será capaz de ayudar a resolver problemáticas sin suplantar al sujeto, brindará gratificación afectiva, iniciativa y humor, todo esto no evitará los factores de riesgo o prevención de enfermedades, si no construirá factores de resiliencia con resultados positivos.

La resiliencia se construye en función de la personalidad, del significado cultural, de la situación adversa y el tipo del apoyo social que posee la persona (Poletti y Dobbs, 2005). Como mencionó Bruner (1996 citado García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013), para adquirir los mecanismo de aprendizaje es necesario una figura significativa o sistema de apoyo brindado por el entorno social. Sin dejar a un lado la presencia de elementos personales para la aparición de la resiliencia; las fortalezas y habilidades con las que cuenta el sujeto para hacerle frente a las situaciones estresantes o adversas, sin embargo, no se haría presente la resiliencia sin la relación e interacción con los factores externos. Ningún factor o elemento por si solo (interno o externo) será la causalidad de la resiliencia en el individuo, son el conjunto y la interacción de ambos los que permitirán la aparición.

Resiliencia en el niño/a y adolescente

De acuerdo con Rocamora (2008) la infancia y la adolescencia son las etapas de la vida primordiales para la adquisición de la resiliencia, ya que los aprendizajes adquiridos en estas etapas promoverán o entorpecerán la aparición de la resiliencia en la edad adulta o ante situaciones adversas.

De acuerdo con González-Arratia et al. (2011) los estudios acerca de la resiliencia infantil han demostrado que la familia es uno de los factores primordiales para la aparición de conductas resilientes desde tempranas edades, y se espera se mantengan hasta la edad adulta, ya que las figuras de autoridades como son en primera instancia la madre, encargadas de promover aprendizajes como: la vinculación afectiva y la interacción social funcional, además de influir en las características personales del niño, dichos aprendizajes serán la base fundamental para la actuación ante situaciones provistas por el entorno, de este modo los autores mencionan que es vital crear estilos de crianza adaptativos mediante apegos seguros y vínculos socioafectivos con el cuidador principal pues es un factor protector esencial de la resiliencia.

Entendiendo, que la resiliencia es un proceso dinámico en donde los factores internos como externos la hacen posible, es importante desarrollar a través del tiempo, ciertas características personales, así como atributos del niño, que combinadas con el contexto familiar, social y cultural sano permitirán la adquisición de la resiliencia (Rutter, 1992 citado en Rodríguez, 2009). Tanto los factores internos como externos son los que contribuyen a que los niños adquieran características resistentes a los riesgos permitiendo, salir fortalecido

y enriquecido sin importar los ambientes, evitando la enfermedad, así como reduciendo la disfuncionalidad. La familia es un componente que brinda factores importantes en el niño y adolescente dotándolos de actitudes y expectativas positivas ante las adversidades y el futuro, así como la construcción de relaciones sociales afectivas, íntimas y con un adecuado grado de comunicación (Fiorentino, 2008).

De acuerdo con Glantz y Johnson (2002), clasifican en siete los factores que determinan la resiliencia en los niños: optimismo, empatía, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinismo y perseverancia. Los autores mencionan que los niños deben desarrollar habilidades de afrontamiento al momento de interactuar con el ambiente, incluyendo habilidades: emocionales, sociales, interpersonales, intrapersonales, familiares, de planificación de vida y de solución de problemas.

Asimismo, Peterson en el 2006 mencionó que los niños resilientes poseen una mayor flexibilidad cognitiva, capacidades de creatividad, así como, habilidades de resolución de problemas interpersonales, habilidades sociales y altos niveles de autoconcepto y autoestima. De esta manera, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso interactivo, entre la promoción de emociones positivas que cambiarán los aspectos cognitivos y estos a su vez crearán cambios en la conducta con la finalidad que los niños construyan recursos psicológicos y personales para afrontar situaciones adversas.

Diversos autores convergen en la idea de que la adquisición de la resiliencia se ve influenciada tanto por factores externos como internos, estos últimos serán desarrollados,

influenciados y/o estimulados, gracias al contexto familiar, ya que es el primer medio que contribuyen a adquirir rasgos, habilidades y características personales (Fiorentino, 2008, Poletti y Dobbs, 2005; Rocamora, 2008). Autores como Fiorentino (2008) y Polletti y Dobbs (2005) han descrito el perfil de un niño resiliente con las siguientes características.

- Apego seguro con al menos uno de sus padres y/o cuidadores.
- Modelos sociales que estimulen el aprendizaje constructivo.
- Capacidad para recurrir a apoyo social en momentos necesarios.
- Ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas.
- Capacidades de responsabilidad social y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos.
- Actitud positiva orientada al futuro (optimismo y esperanza).
- Destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales dirigidas al cumplimiento de metas.
- Estrategias de afrontamiento que favorecen la resolución eficaz de los problemas.
- Autoestima y autoconcepto positivos
- expectativas de autoeficacia ante situaciones estresantes.
- Capacidad de empatía
- Un marco de referencia ético, moral y/o espiritual.
- Habilidades de pensamiento abstracto y reflexivo y flexibilidad.
- Buen sentido del humor.

Mediante la construcción de un perfil de niños y adolescentes resilientes se han encontrado elementos fundamentales los cuales son denominados como pilares de la resiliencia. Estos se componen de tres elementos: (a) la competencia social: la capacidad para establecer relaciones sociales con sus pares, lo cual genera mayor número de respuestas positivas en los demás, logrando habilidades de comunicación y conductas prosociales; (b) la resolución de problemas: la capacidad para identificar una situación problemática cognitiva y/o social y poder pensar de manera abstracta y reflexiva para establecer posibles soluciones y (c) el sentido de propósito y futuro: los niños y adolescentes resilientes tiene confianza y un sentido de autonomía y autoeficacia, que les permiten tener un grado de control en el ambiente y en su futuro, primordial entre los factores protectores personales, pues les permite tener certeza de las situaciones (Rodríguez, 2009).

La construcción de resiliencia comienza desde los primeros años de vida sin dejar de fortalecerla hasta la adolescencia, una etapa primordial para la adquisición de sentido de identidad y valores propios, pues de esta manera comenzar a infundir elementos protectores y construir elementos vitales para la aparición en al resiliencia, lograrán que el niño y adolescente esté preparado para afrontar situaciones adversas y/o severamente estresantes de una manera positiva y adaptativa, pese a que no sean experiencias que vivan en corto plazo. Por ello, Fernández D'Adam (2004 citado en Fiorentino, 2008) distingue tres factores ambientales protectores, los cuales pueden lograr revertir los factores de riesgo: (a) relaciones afectuosas: sensibilidad, comprensión, respeto e interés, promueven un sentido de seguridad y confianza entre las personas; (b) expectativas realistas, acordes a las capacidades

y motivaciones de las personas, focalizar sobre las fortalezas, no sobre los defectos o problemas, promueven la salud y bienestar de los sujetos y (c) oportunidades de participación comunitaria y contribución significativa en la sociedad, incentivan para asumir responsabilidades propias y colectivas y aplicar la capacidad personal en beneficio de la comunidad.

Diversas teorías tratan de explicar el fenómeno de la resiliencia en la niñez, tomando en cuenta elementos fundamentales desde el nacimiento, Cyrulnik (citado en Poletti y Dobbs, 2005) describe que la resiliencia en el infante se compone de elementos ligados al desarrollo y aquellos que provienen del entorno que rodea al niño. Al igual que en el adulto la resiliencia se construye con ayuda de dos elementos: los internos y los externos. Es importante para el niño un ambiente que lo dote de habilidades y capacidades positivas, desde la familia, la comunidad y el entorno escolar, pues son fuentes de factores protectores que le permitirán hacerle frente y superar las experiencias adversas y transfórmalas en aprendizajes saliendo fortalecido.

Resiliencia y enfermedad crónica

Los niños y adolescentes sanos y no sanos tienen que vivir el mismo curso de desarrollo evolutivo, no obstante, los individuos que padecen alguna anomalía de origen orgánico, existe un mayor grado de complejidad al poder sobrellevar su vida diaria ya que no solo deben enfrentarse con los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales de las etapas evolutivas “normales” sino además el curso de la enfermedad, así como sus tratamientos médicos implícitos (Castro y Moreno-Jiménez, 2007).

El enfrentarse a cualquier problema de salud impacta en aspectos no solamente físicos, sino además en lo emocional y en lo social, ya que las personas diagnosticadas con alguna enfermedad física pasan por un sinnúmero de situaciones estresantes a lo largo del curso de la enfermedad, un curso progresivo, constante y en ocasiones con recaídas, esto hablando de enfermedades crónicas o terminales. Si el paciente es menor de edad en cierto grado habrá un mayor impacto negativo para la familia y para el mismo, si bien son un cúmulo de situaciones negativas las que tendrán que pasar los pacientes y sus familiares a lo largo de su vida, esta experiencia puede tornar positiva, dándole un sentido y propósito, así como una oportunidad de crecimiento personal. Es donde la resiliencia toma sentido como el ajuste a los procesos de adaptación ante la presencia de la enfermedad desde el que la padece como los cuidadores y la familia (Castro y Moreno-Jiménez, 2007; Grau, 2013).

Tanto la familia como el paciente van a pasar por diversas experiencias de estrés y sufrimiento desde el diagnóstico de la enfermedad, es la familia o los cuidadores primarios los que reciben mayor impacto cuando se habla de diagnósticos pediátricos, pues ellos serán los encargados de sobrellevar el curso de la enfermedad y brindar de recursos y fortalezas al niño, de la misma manera en que ellos deberán desarrollar estrategias adecuadas de afrontamiento para de esta manera resolver los problemas de las demandas y estresores a lo largo de la enfermedad (Grau, 2013).

De acuerdo con McCubbin et al., 2002, y Patterson, 2002 (citados en Grau, 2013) las familias de los pacientes pasan por dos fases: (a) el ajuste, donde todos los integrantes de la familia hacen cambios, con ayuda de los recursos y estrategias de afrontamiento que poseen

para resolver alguna problemáticas y (b) la fase de adaptación, la cual se llega cuando los cambios no son los suficientes y aún la familia está en crisis debido a las situaciones estresantes provocadas por la enfermedad del niño, en esta etapa la familia cambia por completo los patrones conductuales, buscando nuevos recursos y herramientas, así como apoyo social y modificando su esquema de valores y creencias todo con el objetivo de afrontar los retos de la enfermedad.

Cuando un niño o un adolescente comprenden el hecho de que están diagnosticados con alguna enfermedad crónica, comienza una serie de situaciones nuevas y en su mayoría estresantes y de riesgo para él, lo cual lo llevará a diversas consecuencias negativas desde lo emocional, cognitivo, conductual y lo social. Una de las situaciones más estresantes para estos niños son las hospitalizaciones, ya que este contexto es totalmente ajeno al menor, en dónde todas las cosas son nuevas para él: las normas, las personas, la comida, los horarios, etc., este lugar es un cúmulo de estresores que traen un desequilibrio emocional al niño, haciéndolo más vulnerable a pasar por periodos de ansiedad, temor a la muerte, ira, culpabilidad, tristeza y depresión (Quesada, Justicia, Romero y García, 2014).

Para poder promover la resiliencia en los niños diagnosticados con alguna enfermedad crónica es importante la interacción entre factores de riesgo y de protección. El identificar los factores de riesgo individuales y ambientales, podrá determinar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad a la aparición de otras problemáticas ajenas a la enfermedad y de esta manera puedan ser amortiguadas. Algunos factores de riesgo ambientales son: la hospitalización, el tratamiento médico, la pobreza, ubicación de la localidad, etc., mientras

que algunos factores individuales son: la falta de independencia en el niño, baja tolerancia a la frustración, apegos inadecuado, etc., éstos factores provocarán efectos negativos a corto y a largo plazo (Castro y Moreno-Jiménez, 2007). Los factores ambientales relacionados con la enfermedad van a depender de la naturaleza y características de la patología (los tratamientos médicos, el tiempo de estancia hospitalaria y las secuelas de los mismo tratamientos médicos), todas estas situaciones impactan en la vida del niño, aunado con la separación de su entorno social (familia, amigos y escuela), ya que son niños que constantemente están hostilizados, lo cual interrumpe la cotidianidad en su vida (Grau, 2013 Quesada et al., 2014).

Sin embargo, lo primordial es que el niño pueda adaptarse positivamente a la experiencia traumática que conlleva la enfermedad, disminuir los factores de riesgo para evitar problemas psicológicos y fomentar los factores de protección individuales y ambientales, lo que traerá consigo conductas resilientes. Entre los factores de protección individuales en el niño son: el temperamento, habilidades sociales, resolución de problemas, las fortalezas, estrategias de afrontamiento), en cuanto a los factores ambientales, un ambiente familiar fraterno, apoyo social y una adecuada y amigable comunicación con el equipo de salud (Castro y Moreno-Jiménez, 2007). El proceso de adaptación en el niño deberá ser dinámico y flexible así como, debe existir relación e interacción entre factores personales y ambientales, de riesgo como de protección (Espina, Pumar, y Garrido, 1995 citado en Quesada et al., 2014).

El diagnóstico de una enfermedad crónica es una experiencia inesperada y traumática, una de las consecuencias de padecer enfermedades de este tipo son los tratamientos médicos a los

cuales serán sometidos los pacientes a lo largo de la enfermedad, las intervenciones quirúrgicas, son las situaciones más estresantes y traumáticas tanto para el paciente como para sus cuidadores y familia, pues implica un sin fin de situaciones, desde reacciones adversas a la intervención y/o tratamientos médicos, secuelas o la muerte. Por ello es trascendental, desarrollar competencias, habilidades y estrategias para el manejo adecuado de la enfermedad, tanto en el paciente como en sus cuidadores, es necesario reestructurar sus valores y darle un nuevo sentido a su vida (Grau, 2013).

Es trascendental para el surgimiento de la resiliencia promover en el niño fortalezas que le proporcionen ciertas características que ayudarán a la prevención ante cualquier adversidad, adquiriendo una clara perspectiva acerca de lo que es funcional y de esta manera permitiéndole no simplemente centrar la atención en lo negativo o de riesgo, sino reconocer un panorama más amplio para la resolución de problemas, creando expectativas más realistas de las capacidades y habilidades que posee y como hacer uso de ellas, logrando que a partir de experiencias estresantes pueda ser una experiencia de oportunidad de aprendizaje. De esta manera, estamos promoviendo la salud y la calidad de vida en el individuo que incrementará su condición de resiliencia ante la enfermedad (Fiorentino, 2008).

Junqueira y Deslandes, (2003 citado en Castro y Moreno-Jiménez, 2007) mencionan que la concepto de la resiliencia es un concepto que no es lineal, es decir, que es un proceso dinámico que le permite al individuo que en una situaciones adversas pueda superarla, manteniendo una visión optimista ante ella. La importancia de promover emociones positivas en los niños, así como estrategias de regulación emocional y cognitivas ante experiencias

negativas, estresantes o adversas en la vida, le permite lograr un proceso de adaptabilidad a la enfermedad y puede verse reflejado en un comportamiento funcional ante cualquier situación de riesgo que se le presente al niño (Quesada et al., 2014).

Por lo tanto, no sólo la adaptación a la enfermedad ayudará al paciente pediátrico, pues, esto sólo le permitirá soportar la situación adversa sin promover ninguna capacidad que le beneficie al paciente. es entonces donde destaca la importancia de promover la resiliencia, siendo la capacidad que no sólo se limita a resistir al impacto de la enfermedad y la connotación emocional negativa que implica, sino que involucra la capacidad para sobreponerse a las situaciones estresantes o traumáticas y a partir de dichas situaciones superarlas y fortalecerse, así como afrontarlas de manera optimista y con ello mejorar la calidad de vida.

Virtudes y Fortalezas del carácter

El termino de virtudes y fortalezas del carácter ha sido estudiado desde grandes filósofos así como en textos religiosos antiguos, sin embargo estos constructos comienzan a hacer su aparición en el lenguaje psicológico a través de autores como Edward Thorndike y Gordon Allport, los cuales mediante algunas investigaciones acerca de la personalidad, mencionan el carácter y la virtud como conceptos para describir la características del individuo, sin embargo carecieron de validez científica y por ello fueron excluidos del léxico de aquel entonces (Consentino, 2011).

No es hasta que surgió el trabajo de Martin Seligman y su equipo de investigadores dirigido por Christopher Peterson, los cuales tras largas investigaciones y análisis de textos

religiosos y filosóficos aportan en el 2004 estudios publicados acerca de las virtudes y fortalezas del carácter humano, creando una clasificación llamada Value In Action (VIA) la cual incluía seis virtudes universales que se ajustan tanto a las tradiciones filosóficas, culturales, religiosas y sistema de valores y creencias, tanto del mundo oriental como del occidental, contemplando que cada virtud está determinada por fortalezas del carácter o “ingredientes psicológicos”, veinticuatro en su totalidad. La primera vez que apareció ésta clasificación fue en el manual llamado Character Strengths and Virtues. A handbook and classification (Giménez, Vázquez y Hervás, 2010; Grinhauz, 2012a, 2015b; Grinhauz y Castro, 2013a, 2014b 2015c; Niemiec, 2013; Peterson y Seligman, 2003).

Si bien, el equipo de investigadores clasificaron seis virtudes humanas (el coraje, la justicia, la humanidad, la templanza, la sabiduría y la trascendencia), el concepto de virtud no lo describen, ya que consideraron que es un constructo demasiado amplio y abstracto, sin embargo para un nivel menor de abstracción y comprensión se encuentran las fortalezas, las cuales constituyen cada una de las virtudes, así de esta forma al clasificarlas y componerlas con sus fortalezas adquieren un significado más simple (Grinhauz, 2012a, 2015b; Grinhauz y Castro, 2013a, 2014b 2015c).

Peterson y Seligman (2004 citado en Tsy, Hean, Adams, Morgan y Frewen, 2015) mencionaron que las fortalezas del carácter son los componentes psicológicos de una virtud y las definen como rasgos positivos individuales, aspectos o características de la personalidad que se ven expresados mediante las cogniciones, las conductas y las emociones. De acuerdo con Seligman, Peterson y Csikszentmihalyi principales exponentes e

investigadores de las fortalezas del carácter hicieron referencia de ellas como característica moralmente valiosas y que traen consigo beneficios para el individuo así como para con los demás individuos que lo rodean, las fortalezas son positivas y poseerlas llevan al “buen carácter”, el cual es el resultado de la ausencia de problemáticas dentro de las esferas del individuo y está vinculado con el éxito, el liderazgo, la autoestima, la tolerancia, la bondad humana etc. (Grinhauz y Castro, 2013; Niemiec, 2013).

De acuerdo con Park, Peterson y Seligman (2004) y Park y Seligman (2006 citado en Niemiec, 2013) mencionan que para hablar de fortalezas del carácter se debe comprender ciertos componentes: (a) son una disposición a actuar, el deseo y el sentir que implica el ejercicio del juicio y conduce a un ser humano; (b) son individualizadas e idiosincrásicas, siendo únicas en cada individuo; (c) son plurales, es decir, el buen carácter comprende de varias fortalezas del carácter; (d) tienen estructura, profundidad y dimensionalidad, es decir, cada individuo tiene diferentes puntos fuertes de carácter; (e) las fortalezas de carácter no actúan como mecanismos automáticos, implican una elección propia; (f) son las partes esenciales de la personalidad; (g) la expresión de éstas, está mediada por el contexto y las situaciones, así como estar regulada de manera gradual en niveles en función de la circunstancia y la misma valoración subjetiva de individuo; (h) son interdependientes, interactivas y dinámicas; (i) son sustancialmente estables pero pueden y deben cambiar; (j) son parte de la personalidad de un individuo y puede cambiar en respuesta a las demandas de la vida.

La clasificación VIA es descriptiva, no prescriptiva, es decir que se desarrolló para poder examinar y describir al ser humano, dichas fortalezas son moderadamente heredables, aunque otras estarán influenciadas por factores ambientales, así como pueden ser adquiridas y aprendidas a lo largo de la vida, recordando que no son estables, ni independientes (Niemiec, 2013).

Clasificación de las fortalezas del carácter

La Tabla 2 muestra la clasificación de virtudes y fortalezas del carácter de Seligman y Peterson en el 2004 (citado en Park et al., 2004).

Tabla 2. *Clasificación VIA*

Virtud	Fortaleza del carácter	Definición
Sabiduría/ conocimiento (Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento)	Creatividad	Pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas; incluye creatividad artística pero no se limita a ésta.
	Curiosidad/interés	Tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas, abierto a nuevas experiencias.
	Deseo de aprender/ amor por el conocimiento	Llegar a dominar nuevas materias y conocimientos, tendencia continúa a adquirir nuevos aprendizajes
	Apertura mental/ apertura a la experiencia	Pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices, no sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad y ser capaz de cambiar de opinión ante la evidencia.

Virtud	Fortaleza del carácter	Definición
	Perspectiva /Sabiduría	Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás, encontrando caminos no sólo para comprender el mundo sino para ayudar a comprenderlo a los demás.
Coraje /valor (Fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna)	Valentía/valor	No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor, Ser capaz de defender una postura que uno cree 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
	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.
	Integridad/honestidad	Ir siempre con la verdad, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.
	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.
Amor /humanidad (Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño)	Amor	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 cercano y apegado a otras personas, sin ser dependiente

Virtud	Fortaleza del carácter	Definición
a los demás)	Amabilidad/Generosidad	Apoyo, cuidado, compasión, amor altruista, bondad. Hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas
	inteligencia social /inteligencia emocional	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.
Justicia (Fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable)	Ciudadanía	Responsabilidad social, lealtad, trabajo en equipo. Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.
	Justicia	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.
Templanza (Fortalezas que nos protegen contra los excesos)	Perdón y compasión	Capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.
	Humildad	Dejar que sean los demás los que hablen de uno mismo, no buscar ser el centro de atención y no creerse más especial que los demás
	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.
Trascendencia (Fortalezas que forjan conexiones con la	Apreciación de la belleza	Asombro, admiración, fascinación. Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia, etc.

Virtud	Fortaleza del carácter	Definición
inmensidad del universo y proveen de significado la vida)	Gratitud	Ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan, saber dar las gracias.
	Optimismo/Esperanza	Esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo, creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.
	Humor	Gusto por la risa y las bromas, hacer sonreír a otras personas, ver el lado positivo de la vida.
	Espiritualidad	Poseer creencias fuertes y coherentes sobre la razón y el significado trascendental del universo: saber cuál es su lugar en el orden universal, apoyarse en estas creencias para actuar y sentirse reconfortado.

De acuerdo con Seligman y Csikszentmihalyi en el 2000 y Seligman en 2002 (citados en Tsyr et al., 2015) los seres humanos a través de los rasgos positivos y el buen carácter podrán obtener una buena vida, dentro de las esferas de la vida, para ello es importante cultivar o desarrollar dicho buen carácter y de esta forma poder obtener gratificaciones, esto se consigue mediante el desarrollo de las virtudes y fortalezas.

Construcción de las fortalezas del carácter en el niño/a y adolescente

La mayoría de los estudios acerca de las fortalezas del carácter se desarrollaron en población adulta, sin embargo una de las premisas importantes de la psicología positiva es la prevención de psicopatología, por ello la nueva ola de investigaciones ha comenzado a centrarse en el estudio de la construcción de fortalezas en los niños, etapa primordial para

desarrollarlas, los niños son sensibles a los cambios y situaciones adversas, por ello existe una importante necesidad de fomentar un buen carácter desde edad temprana, para que dichas capacidades de adaptación y ajuste se mantengan a la adolescencia, brindando al niño de bases para el afrontamiento adecuado a las demandas de su vida o a las situaciones adversas o de riesgo, pues las fortalezas actuaron como factores protectores que pondrán en uso ante las circunstancias en dónde se vean desestabilizados, previniendo un desajuste emocional o cognitivo.

Acorde a los estudios de Grinhauz y Castro en 2014 y Grinhauz en 2015 han demostrado que la fomentación de intervenciones basadas en la promoción fortalezas del carácter a temprana edad promoverán el bienestar psicológico en los niños, puesto que es de suma importancia identificar las fortalezas del carácter en los niños, para de esta forma poder prevenir problemáticas y promover aspectos favorecedores en el ámbito escolar social y familiar.

La importancia de identificar las fortalezas con las que cuenta cada niño, con el objetivo de ayudar a identificar situaciones o lugares en las cuales puedan expresarlas, permitiendo al niño y adolescente un desarrollo de competencias y habilidades, obteniendo un favorable conjunto de herramientas que facilitan el logro en sus objetivos con visión más realista de sus metas, asimismo, existe una disminución de los comportamientos problemáticos. Por consiguiente, es necesario que ambientes, familiares y escolares, potencialicen y desarrollen fortalezas, las cuales aumentan la percepción de calidad de vida e incrementar cambios que

favorezcan el manejo exitoso de las dificultades actuales y las que deberán afrontar en el futuro (Grinhauz, 2012a, 2015b).

Si se comienzan a desarrollar y promover las fortalezas que estas asociadas con la satisfacción de la vida, los niños tendrán un desarrollo positivo, por ello incluir en programas de intervención la promoción o potencialización de fortalezas, como la gratitud, el amor, la vitalidad, esperanza, humildad y perdón le permitirá al niño y adolescente adquirir puntos fuertes de carácter que actuarán como factores protectores ante problemáticas y de esta forma promover un crecimiento sano previniendo psicopatologías (Park 2004 citado en Grinhauz, 2015; Park y Peterson 2009 citado en Grinhauz y Castro, 2013).

De acuerdo con el modelo de Niemiec (2013), las intervenciones que tienen como finalidad trabajar y desarrollar las fortalezas del carácter se basan en tres pasos: conocer, explorar y aplicar. En primera instancia, el individuo debe conocer sus propias fortalezas, la persona necesita concientizar que posee fortalezas del carácter y darles el significado a cada una de ellas, ayudarle a que explore cada una de sus cualidades y enseñarle como puede aprovecharla para su vida. En la exploración se crean planes de acción con la finalidad de mejorar una fortaleza en particular o aquellas que permitirán de apoyo en situaciones específicas, en esta etapa se puede aplicar modelos adicionales que le permitan reforzar las fortalezas. Y finalmente aplicar estas fortalezas a un objetivo deseado, que le favorezca al paciente, la aplicación de las fortalezas del carácter, se deben ajustar a las demandas situacionales, es decir que exista el equilibrio en el uso de ellas dependiendo del contexto

para no subestimar ninguna situación. Se reconoce que entre más y mejor sea el uso y expresión de cada una de las fortalezas permitirá una percepción de satisfacción con la vida.

Sileny (2012) refiere que a medida que se aumentan las fortalezas en el sujeto, se adquiere una mayor capacidad para aceptar los cambios causados por situaciones imprevistas que desequilibran su vida, situaciones generadoras de estrés, siendo que el individuo tendrá mayor capacidad de control y solución, lo cual permite afrontar la situación positivamente.

Debido a la escasa información acerca de la relación entre las fortalezas del carácter y la resiliencia y si bien algunas investigaciones reportan que los individuos que experimentan más emociones positivas y cuentan con más fortalezas, se relaciona con sujetos con mejor percepción en el estado de salud, bienestar, satisfacción, autoestima, humor, vitalidad, elementos presentes en las personas resilientes. De acuerdo con Seligman, Park y Peterson (2004 citad en Sileny, 2012) reportaron que las fortalezas del carácter se relacionan directamente con el bienestar subjetivo, demostrando que la esperanza, la vitalidad, el amor, la gratitud y la curiosidad son fortalezas que se correlacionan con la satisfacción, mientras que la modestia, la creatividad, el juicio y la apreciación de la belleza y amor por el conocimiento y autocontrol, se relacionan con menos satisfacción. La investigación de Giménez en el 2010, destaca que las fortalezas predictoras del bienestar y satisfacción son el optimismo, las vitalidades, la gratitud. Todas ellas presentes en las personas con conductas resilientes.

JUSTIFICACIÓN

Las Cardiopatías Congénitas son unas de las principales causas de muerte infantil en México pues representan la primera causa dentro de las malformaciones congénitas que representan el 22% de muertes infantiles a nivel nacional (Fernández, Gutiérrez y Viguri, 2012). Estas anomalías son padecimientos que durante su curso, deben ser intervenidos quirúrgicamente en distintos momentos de la enfermedad, lo que implicará en el paciente frecuentes ingresos hospitalarios, esto con el propósito de mejorar la salud física de los pacientes que padecen esta enfermedad congénita. Sin embargo, en la atención del paciente se han olvidado de los aspectos psicológicos, positivos o negativos que podrían influir la estancia hospitalaria, el pronóstico y resultados de los pacientes, cuando aspectos físicos y psicológicos no deberían considerarse entidades separadas.

La importancia de los aspectos psicológicos relacionados con padecer una enfermedad, implica considerar los factores que tienen un papel protector y que beneficiarán la calidad de vida del paciente, así como su bienestar psicológico percibido, como son el caso de la resiliencia y las fortalezas del carácter con la finalidad de disminuir los factores de riesgo y que el niño logre adaptarse positivamente a la experiencia traumática (Castro y Moreno-Jiménez, 2007). Las cuáles serán una herramienta para adaptarse positivamente a la condición crónica que representan las CC y su manejo médico. Si se lograra implementar intervenciones que promuevan el uso de las fortalezas del carácter se promoverán y/o potencializaran diversas virtudes y cualidades en los niños que reducirán emociones

negativas, logrando una adaptación emocional ante sus condiciones de salud y con ello la aparición de la resiliencia.

La relevancia de esta investigación es comenzar a crear protocolos y/o programas de intervención focalizados en generar y/o potencializar conductas resilientes, a través del uso de las fortalezas del carácter de los niños/as que padecen una CC, mediante la promoción de aspectos positivos del individuo y que de ésta forma beneficien su estado actual tanto psicológico como físico en este tipo de población pediátrica hospitalaria.

En México, actualmente las evidencias revelan que niños y adolescentes en situaciones adversas, de riesgo y desafiantes se adaptan mejor cuando la resiliencia forma parte del repertorio básico de recursos, que posibilita a los niños y adolescentes de construir diversas rutas hacia un desarrollo emocionalmente saludable (González-Arratia, Valdez, Oudhof van, H. y González, 2009).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos de una intervención basada en la psicología positiva que promueve el uso de las fortalezas del carácter en niños diagnosticados con cardiopatía congénita?

OBJETIVOS

General

Promover el uso de las fortalezas del carácter como generadoras y/o potenciadoras de la resiliencia en niños/as diagnosticados con cardiopatía congénita a través de una intervención basada en la psicología positiva.

Específicos

1. Implementar una intervención desde la psicología positiva que promueva el uso de algunas de las fortalezas de carácter en los pacientes con CC.
2. Promover y/o potenciar en el uso de las fortalezas del carácter.
3. Generar y/o potenciar la resiliencia.

VARIABLES

Independiente (VI)

Intervención basada en la psicología positiva para promover fortalezas del carácter

Definición conceptual: Intervención psicológica que tiene como objetivos terapéuticos no solo aliviar los problemas emocionales y cognitivos sino infundir elementos constructivos y potenciadores como son las fortalezas del carácter.

Definición operacional: Programa de intervención con una duración de 5 sesiones, con un tiempo aproximado de 90 min que promueve el uso de las fortalezas del carácter

Dependiente (VD)

Resiliencia

Definición conceptual: El resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico en el sentido de que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permiten al niño y adolescente una construcción sana de su desarrollo y de un ajuste social positivo al entorno (González Arratia, 2007 citado en González-Arratia, et al., 2009).

Definición operacional: Calificación obtenida por el Cuestionario de Resiliencia (González- Arratia, 2010); con un rango de respuesta de 1 a 5 que van de 0 a 100% para cada reactivo, indicando que a mayor puntaje mayor presencia de resiliencia.

Fortalezas del Carácter

Definición conceptual: Representan los rasgos positivos individuales, aspectos o características de la personalidad que se ven expresados mediante las cogniciones, las conductas y las emociones y son los componentes psicológicos que posee un individuo ante situaciones cotidianas, tienen como consecuencias generar emociones positivas. Esto le permite al individuo adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades. (Park, 2013; Peterson y Seligman, 2004 citado en Tsyr, Hean, Adams, Morgan y Frewen, 2015; Seligman y Christopher, 2000; Seligman, 2005 citado en Contreras y Esguerra, 2006; Sheldon y King, 2001 citado en Grinhauz, 2012; Vázquez et al., 2006 y Vázquez y Hervás, 2009).

Definición operacional: Calificación obtenida por el Inventario de Virtudes y Fortalezas (IV y F) diseñado tomando en cuenta el modelo de fortalezas y virtudes de Peterson y Seligman (2004) (Cosentino y Castro, 2008:); la puntuación de cada ítem va de 1 a 5 correspondiente el puntaje mayor indicará mayor presencia de la fortaleza.

MÉTODO

Participantes

Mediante un muestreo intencional no probabilístico se estudió una muestra de cinco niños(as) con diagnóstico de cardiopatía congénita pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión

- Niños diagnósticos de CC (no hospitalizados) con historia de evolución mayor a un año.
- Edad de entre 8 años y 16 años.
- Contar con el consentimiento informado firmado por el cuidador principal.
- Residentes de la Ciudad de México o Estado de México.

b. Criterios de Exclusión

- Presencia de trastornos psiquiátricos y/o consumo de psicofármacos.
- Dificultad para leer, escribir o seguir instrucciones o cualquier problema cognitivo.
- Presencia de comorbilidad con síndromes cromosómicos.

Escenario

Ludoteca de la Unidad de Cardiología pediátrica, ubicada dentro de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la cual se llevó a cabo la intervención, ya que cuenta con instalaciones, mobiliario y equipo adecuados para el propósito del estudio. El lugar contaba con la iluminación, ventilación y mobiliario adecuado para los participantes (mesas, sillas y equipo de cómputo).

Instrumentos de medición y materiales

1. *Carta de Consentimiento Informado (Apéndice A)* en la cual se describe el objetivo del estudio, los puntos centrales del programa de intervención, los aspectos de confidencialidad, el tipo de relación entre el psicólogo y el paciente durante las sesiones de la intervención.
2. *Ficha sociodemográfica del paciente con CC (Apéndice B)*, integra datos como la edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia y datos de su cuidador, además de datos clínicos del paciente como: periodo de evolución de la enfermedad, tipo de cardiopatía congénita, número y tipo de intervenciones (cirugías y cateterismos).
3. *El Inventario de Fortalezas y Virtudes (IV y F) (Cosentino y Castro, 2008) (Apéndice C)* Inventario que evalúa 6 virtudes integradas por las 24 fortalezas del carácter basadas en la clasificación de Peterson y Seligman (2001). Con 24 ítems tipo Likert de 5 opciones de respuesta, la puntuación de cada ítem va de 1 (soy muy parecido a mí) a 5 (muy diferente a mí) con un porcentaje de varianza explicada de 46.15% y un Alpha de Cronbach de .70. Los puntajes de las escalas se encuentran

- divididos en 6 virtudes: 1. Coraje (4 reactivos), 2. Humanidad (3 reactivos), 3. Trascendencia (5 reactivos), 4. Templanza (4 reactivos), 5. Justicia (3 reactivos) y 6. Sabiduría (5 reactivos) se obtienen promediando cada subescala (24 fortalezas del carácter).
4. El cuestionario de Resiliencia (González-Arratia, 2010) (Apéndice D), consta de 32 reactivos, de respuestas tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 indica nunca y el 5 siempre, con un porcentaje de varianza explicada de 37.82% y un Alpha de Cronbach de .91. El puntaje se encuentra dividido en tres dimensiones: 1. Factores protectores internos: habilidades para solucionar problemas (14 reactivos), 2. Factores protectores externos: la posibilidad de contar con apoyo familiar (11 reactivos) y 3. Empatía: comportamiento altruista y prosocial (7 reactivos).
 5. Cuadernillo de trabajo: (Apéndice F), elaborado para realizar actividades en cada sesión del plan de intervención basada en las Fortalezas del Carácter en niños con cardiopatía congénitas (Plan FoCa).

Mobiliario y equipo

- Mesas y sillas.
- Computadora portátil.
- Pantalla.
- Bocinas.

Diseño

Se aplicó un diseño cuasi-experimental pre-post test sin grupo control. En el cual se conjuntaron un grupo de procedimientos o estrategias de investigación orientadas a la evaluación del impacto de la intervención psicológica donde la asignación de las unidades de estudio no fueron al azar, y al estudio de los cambios que se observan en los participantes en función del tiempo (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2015).

Procedimiento

Antes de comenzar a seleccionar de la muestra de estudio y desarrollar el plan de intervención se hizo la presentación de las características, objetivos, instrumentos y procedimientos del estudio a la responsable de la Unidad de Cardiología pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, con el propósito de contar con la aprobación por parte del centro para efectuar esta investigación y permitir el uso de sus instalaciones y mobiliarios, una vez aprobado, se realizó una revisión de las fichas personales de los pacientes que han estado hospitalizados y han participado en el Programa de Psicología de la Salud, para constatar que la muestra se adecuara a los criterios de inclusión y exclusión. Esta información se complementó con los datos aportados por los cuidadores posteriormente.

Una vez identificados a los pacientes que cumplían los criterios, se realizó un directorio y se contactó con sus padres y/o cuidadores, para realizar una breve entrevista y determinar el estado de salud de cada paciente e invitarles a participar al plan de intervención. En este primer acercamiento, se emplearon preguntas para estimar el estado actual emocional del

paciente, así como la disposición de participar durante las cinco sesiones, además se les informó acerca del lugar y la hora de las sesiones. Los padres/cuidadores que aceptaron participar fueron citados en la ludoteca de la Unidad de Cardiología pediátrica, CMN, Siglo XXI, en compañía de sus hijos-pacientes.

En el día citado se les brindó la explicación de los objetivos del “Plan de intervención basada en las Fortalezas de Carácter en niños con Cardiopatías Congénitas” (Plan FoCa) y se les presentó el consentimiento bajo información a los padres/cuidadores, posteriormente de obtener el consentimiento informado y certificar la aprobación de que los menores asistirían a las cinco sesiones, se aclararon las dudas y se comenzó la primer sesión del plan de intervención. Como primicia se realizó la medición de los instrumentos con la muestra seleccionada, la aplicación fue de manera grupal, una vez obtenido los resultados pre-test se comenzó con la aplicación del plan FoCa.

La elaboración del plan de intervención desde la psicología positiva tuvo como objetivo el promover y potencializar algunas de las fortalezas de carácter vinculadas con las virtudes de trascendencia (apreciación de la belleza, gratitud y optimismo), sabiduría (creatividad), humanidad (amor) y templanza (perdón), con la finalidad de promover/potenciar la resiliencia del niño. Se consideró que el programa se aplicaría de manera grupal, buscando el equilibrio entre las actividades y las edades de los pacientes que participarían.

El primer desarrollo del programa se tomó como una experiencia piloto y se aplicó de manera individual, con una duración de cinco sesiones, sin embargo, el paciente no concluyó la última sesión, las sesiones tuvieron una duración aprox. de 60 minutos.

Una vez concluido el plan de cinco sesiones a la muestra seleccionada se realizó la segunda medición (post-test), aplicando nuevamente los mismos instrumentos de evaluación.

Ver **Apéndice E** para ver los puntos abordados en cada sesión del plan FoCa.

RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Para todas las pruebas realizadas se consideró un nivel de significancia estadística de $p < .05$ ($\alpha = 5\%$). Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra de estudio, así como de sus padres y/o cuidadores. Además se empleó la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon para determinar la diferencia de los datos obtenidos del Inventario de Fortalezas y Virtudes y del Cuestionario de Resiliencia, antes y después del plan de intervención.

A. Características sociodemográficos

La muestra total estuvo conformada por 5 niños/as diagnosticados con cardiopatía congénita, se puede observar que de cinco niños participantes cuatro eran de sexo femenino y uno de sexo masculino, con una promedio de edad de $11,6 \pm$ años, siendo la mínima de edad de 8 años y la máxima de 16 años, con respecto a la escolaridad tres de ellos cursan estudios de primaria, uno la secundaria y otro el bachillerato. En la Tabla 3, que se muestran más detalles de las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Tabla 3. *Características sociodemográficas de los pacientes*

Características		%	n=5
Sexo	Masculino	20%	1
	Femenino	80%	4
Edad (11,6± años)	8 años	20%	1
	10 años	20%	1
	12 años	40%	2
	16 años	20%	1
Escolaridad	Primaria	60%	3
	Secundaria	20%	1
	Bachillerato	20%	1

Por su parte, en la Tabla 4, se describen las características sociodemográficas de los padres-cuidadores de los pacientes. Todos los cuidadores primarios son madres de los pacientes, con una edad promedio de $35,6 \pm$ años, siendo la mínima de edad 28 años y la máxima de 42 años, tres de ellas habían cursado estudios de secundaria, una con estudios de primaria y otra con bachillerato, las cinco cuidadores se reportaron solteras y/o separadas, en cuanto a su ocupación tres de ellas eran amas de casa y las dos restantes empleadas.

Tabla 4. *Características sociodemográficas de las madres-cuidadoras*

Características		%	n=5
Sexo	Masculino	-	-
	Femenino	100%	5
Edad (35, 6 ± años)	28 años	20%	1
	32 años	20%	1
	34 años	20%	1
	42 años	40%	2
Escolaridad	Primaria	20%	2
	Secundaria	60%	3
	Bachillerato	20%	1
Estado civil	Soltera	60%	3
	Separada	40%	2
Ocupación	Ama de casa	60%	3
	Empleada	40%	2

B. Características clínicas

En la Tabla 5, se muestran las características clínicas de los pacientes. Cuatro de ellos tenían diagnóstico de cardiopatías no cianóticas y uno con cardiopatía cianótica; cuatro de

ellos diagnosticados desde el nacimiento y no a los cuatro años de edad ; respecto a los procedimientos quirúrgicos correctivos, predominaron los cateterismos en un 80% de ocurrencia ante las cirugías con un 40% de ocurrencia.

Tabla 5. *Características clínicas de los pacientes con CC*

Características	%	n=5	
Clasificación del diagnóstico	Cianóticas	20%	1
	No cianóticas	80%	4
Diagnóstico	Atresia pulmonar/CIV	20%	1
	Conducto Arterioso Permeable	20%	1
	Soplo Aliasólico	20%	1
	Taquicardia supraventricular	20%	1
	Ventrículo Único	20%	1
Tiempo del diagnóstico	Desde su nacimiento	80%	4
	Desde los 4 años	20%	4
No. De cirugías	Ninguna	60%	3
	Dos cirugías	20%	1
	Cuatro cirugías	20%	1
No. De cateterismos	Ningún	20%	1
	Un cateterismo	40%	2
	Cinco cateterismos	40%	2

C. Variables psicológicas

En la Tabla 6, se presentan los resultados descriptivos y estadísticos arrojados por el Inventario de virtudes y Fortalezas (IV y F), el total y sus seis subescalas antes y después del

plan de intervención, indicando medias más cercanas al puntaje máximo en los datos obtenidos posterior a la intervención, lo cual demuestra que los pacientes con CC potenciaron y/o aumentaron el uso de fortalezas del carácter. Asimismo, ésta tabla incluye los valores de z y p obtenidos por la prueba no paramétrica de los signos de Wilcoxon, donde se observa que en las subescalas de *trascendencia* ($z = -2.06$; $p = 0.039$) y *sabiduría* ($z = -2.032$; $p = 0.042$), así como en los puntajes totales del inventario ($z = -2.032$; $p = 0.042$) son estadísticamente significativos.

Tabla 6. *Descriptivos y estadísticos T de Wilcoxon del Inventario de Virtudes y Fortalezas*

Variables	Prueba del IV y F					
	PRE		POST		z	p
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Trascendencia	4.2	0.44	4.56	0.32	-2.06	0.039*
Justicia	3.54	1.55	4.16	0.91	-1.625	0.104
Coraje	3.8	0.85	4.25	0.35	-1.473	0.141
Sabiduría	3.52	0.48	4.44	0.45	-2.032	0.042*
Humanidad	4.1	0.8	4.56	0.28	-1.604	0.109
Templanza	3.6	1.25	3.75	1.33	-0.816	0.414
Total IV y F	89.2	19.46	102.6	13.08	-2.032	0.042*

* $p \leq 0.05$

En la Figura 6, muestra una gráfica de barras con las medias de la muestra obtenidas por el Inventario de Virtudes y Fortalezas en su aplicación pre y post, se observa que en cada una de las seis virtudes (subescalas) que contemplan las 24 fortalezas del carácter, se ven incrementadas las medias post-intervención con respecto a la medición pre-intervención, lo que nos señala que el plan de intervención promovió el uso de las fortalezas en los niños.

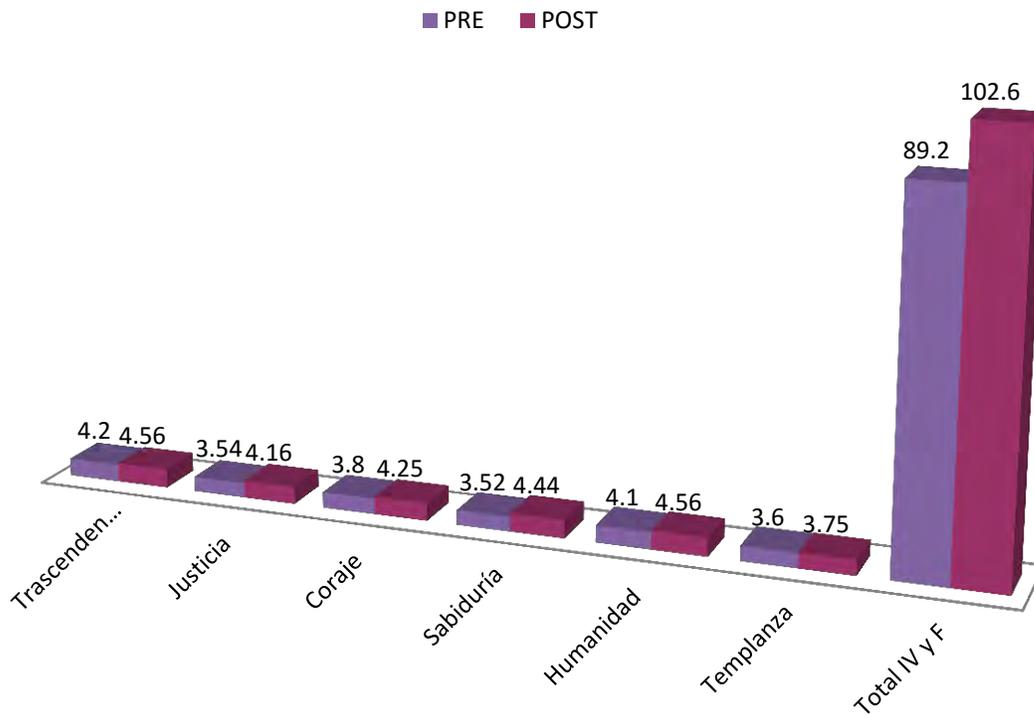


Figura 6. Puntajes totales y por subescalas del IV y F pre-post

En la Tabla 7, se encuentran los resultados descriptivos obtenidos por el Cuestionario de Resiliencia, el total y sus tres subescalas antes y después del plan de intervención, mostrando medias más cercanas al puntaje máximo en los datos obtenidos posterior a la intervención, lo cual demuestra que los pacientes con CC potenciaron sus niveles de resiliencia a comparación de los datos obtenidos antes de la intervención. De igual manera la tabla incluye los valores de z y p obtenidos por la prueba no paramétrica de los signos de Wilcoxon, no se observa cambios estadísticamente significativo en los contrastes antes y después de la intervención.

Tabla 7. Descriptivos y estadísticos T de Wilcoxon del Cuestionario de Resiliencia

Cuestionario de Resiliencia						
Variables	PRE		POST		z	p
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Factor protector interno	53.8	13.23	56.2	11.38	-1.219	0.223
Factor protector externo	45.6	3.2	49.8	10.98	-1.225	0.221
Empatía	26.4	5.89	27.4	8.41	-0.542	0.588
Total Resiliencia	125.8	21.76	130.6	23.68	-1.483	0.138

Mientras que en la Figura 7, muestra la gráfica de barras de las medias obtenidas por el Cuestionario de Resiliencia y sus tres subescalas, en su aplicación pre y post. Se puede observar el aumento en las medias posterior a la intervención de cada una de las subescalas así como del puntaje total. Lo cual indica que después del plan intervención los niños aumentaron sus niveles de percepción de resiliencia.

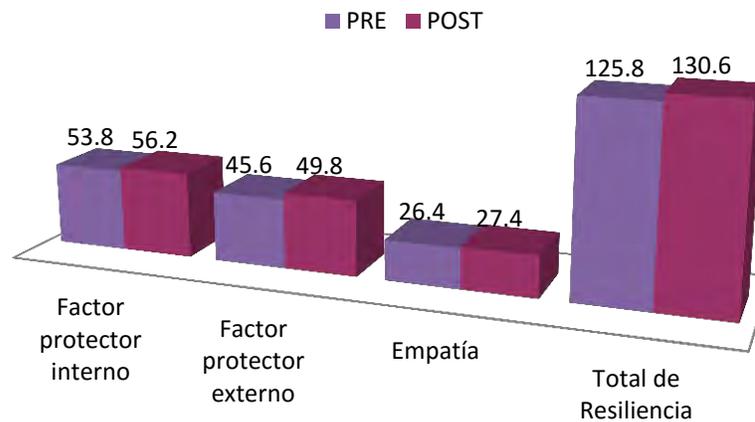


Figura 7. Puntajes totales y por subescalas del Cuestionario de Resiliencia pre-post

De los datos obtenidos de los puntajes totales del cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes se observó que la distribución porcentual de la presencia de Resiliencia en la muestra estudiada fue de 40% moderada y 60% alta antes de la intervención, posterior a ella los resultados fueron 20% moderada y 80% alta. En la Figura 8, muestran la gráfica de diferencias en los niveles de resiliencia.

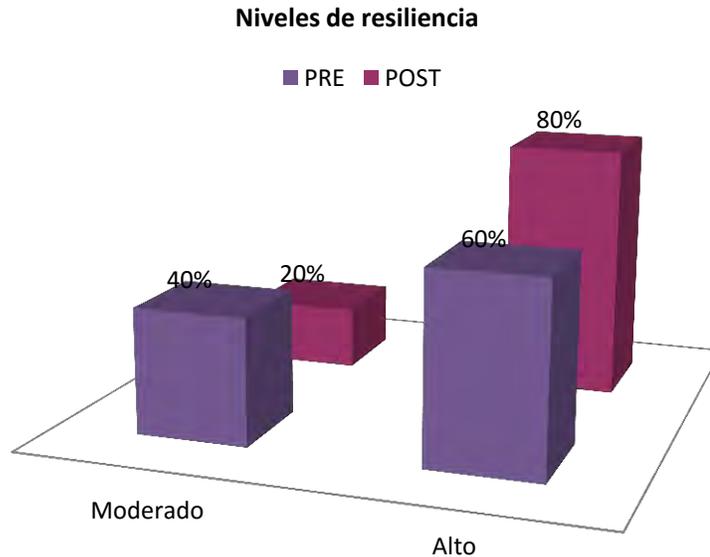


Figura 8. Diferencias en niveles de puntajes totales del Cuestionario de Resiliencia

Con respecto a la subescala *factor protector interno* del Cuestionario de Resiliencia se encontró que las distribuciones porcentuales antes de la intervención los pacientes fueron en un 40% nivel moderado y 60% alto, posterior a la intervención se reportaron niveles en 20% moderados y en 80% altos. En la Figura 9 se muestran más detalles.

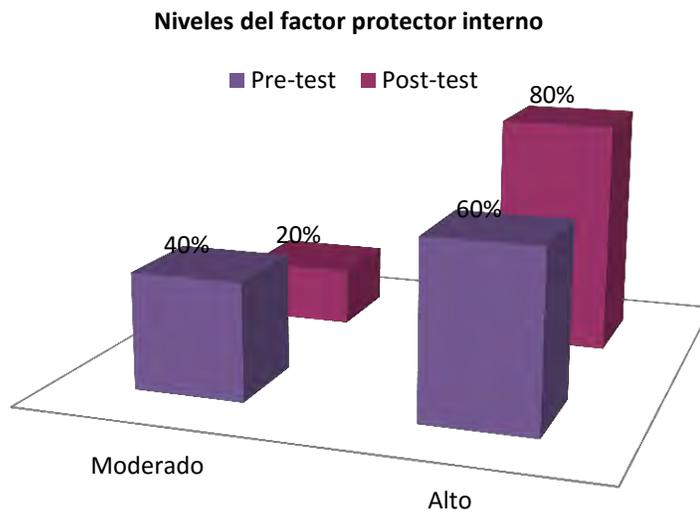


Figura 9. Diferencias en niveles de puntajes del factor protector interno del Cuestionario de Resiliencia

En la figura 10 se muestra la gráfica de diferencias en los niveles de la subescala factor protector externo del Cuestionario de Resiliencia se observó que las distribuciones porcentuales tanto antes como después de la intervención se mantuvieron en un 100%.

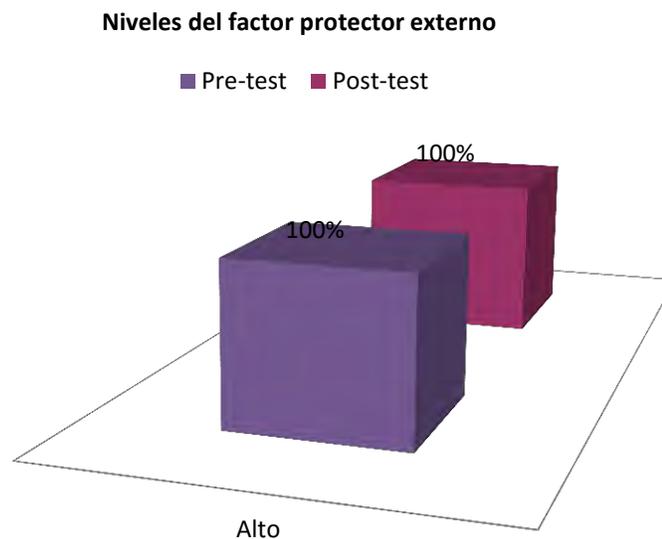


Figura 10. Diferencias en niveles de puntajes del factor protector externo de Cuestionario de Resiliencia

En la subescala de empatía del Cuestionario de Resiliencia se mostró que los niveles antes de la intervención fueron en un 40% moderados y un 60% altos, mientras que los resultados obtenidos posterior a la intervención fueron de un 20% bajos, en un 20% moderados y en un 60% altos.

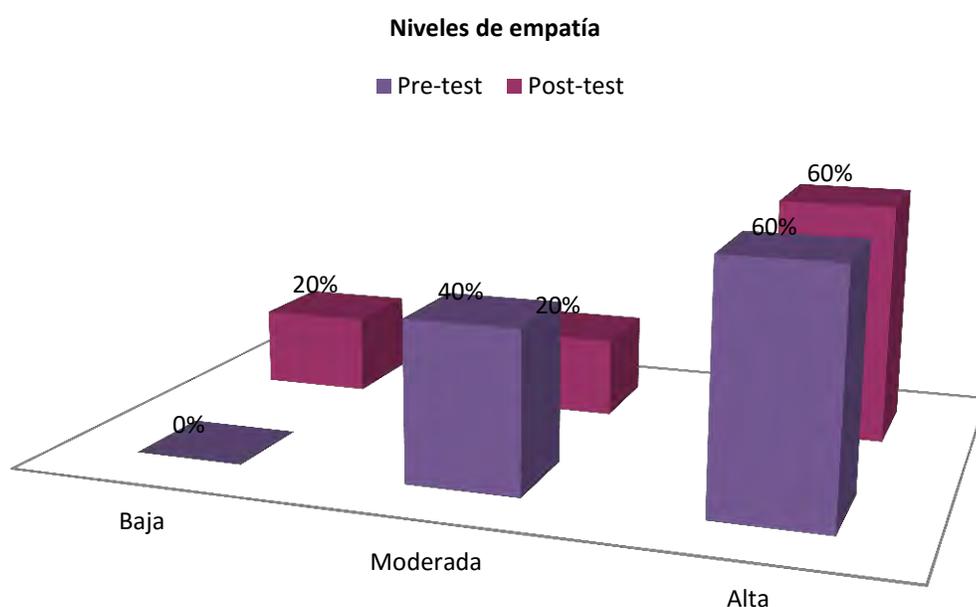


Figura 11. Diferencias en niveles de puntajes de empatía del Cuestionario de Resiliencia

Al utilizar la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon no se encontró alguna diferencia significativa entre los resultados pre-post del Cuestionario de Resiliencia ni en ninguna de sus subescalas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio constató que el perfil de la muestra de niños/as diagnosticados con cardiopatía congénita en su mayoría son del sexo femenino, diagnosticadas desde el nacimiento con cardiopatías no severas, es decir, que la enfermedad pertenece a la clasificación de no cianóticos, además, los pacientes por lo menos en alguna ocasión han sido intervenidos quirúrgicamente para corregir la malformación cardiaca, pasando por hospitalizaciones prolongadas. Con respecto a los padres-cuidadores, se comprobó que acorde con la literatura, el perfil de un cuidador informal primario es similar, siendo las madres el principal responsable al cuidado de los niños con CC, con edades que oscilan entre los 28 y 42 años, en su mayoría divorciadas o separadas, con un nivel de escolaridad básica (primaria, secundaria y bachillerato), y en cuanto a su ocupación destacan los labores del hogar y empleos asalariados. (Fernández de Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta & Gómez, 2011).

Con respecto a las fortalezas del carácter, se encontró que los resultados obtenidos por el contraste del IV y F pre-post, son los esperados, demostrando que después del plan de intervención se observa un aumento significativo en el puntaje total y en los puntajes de dos subescalas del inventario en las virtudes de *Trascendencia* y *Sabiduría*. El plan de intervención incluía la promoción del uso de fortalezas pertenecientes a cuatro virtudes (trascendencia, sabiduría, humanidad y templanza), los resultados muestran aumento estadísticamente significativo en dos de ellas, lo cual se puede explicar debido a que, las actividades del plan de intervención se centraban en su mayoría en las fortalezas

pertenecientes a trascendencia y sabiduría. Sin embargo, de manera general existen cambios, mostrando el aumento en el uso de las fortalezas del carácter en los niños con CC.

Por otra parte, los resultados obtenidos del Cuestionario de Resiliencia no muestran cambios estadísticamente significativos en el contraste de las mediciones antes y después, no obstante, los cambios descriptivos y observacionales son los esperados, ya que la variable muestra cambios progresivos, notando un aumento en la resiliencia autopercebida de la muestra, después de la intervención. Asimismo se observa que los niveles de resiliencia antes de la intervención eran entre moderados y altos, lo cual, corresponde a niveles óptimos. Con respecto a los resultados obtenidos posterior a la intervención se mantuvieron los niveles entre moderados y altos, aumentando entre tres a cinco puntos dentro de las subescalas: *factores protectores internos* y *factores protectores externos*, esto confirma la presencia en la percepción de resiliencia en los pacientes.

Con lo anterior se afirma que la muestra de estudio presenta niveles óptimos en resiliencia, así como en los factores protectores internos, externos y empatía previo a la intervención y posterior a ella se mantienen los niveles, aumentando progresivamente en los factores protectores tanto internos como externos. Se entiende que la resiliencia juega un papel importante en el afrontamiento de la enfermedad y su curso, debido a que es un proceso social e intrapsíquico que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un ambiente traumático o adverso (Rutter, 1992 citado en Muñoz y De Pedro, 2005). Aunado que la resiliencia permite al niño tener una concepción distinta ante la enfermedad, logrando sobreponerse a la adversidad, los retos y experiencias negativas que enfrenta de manera

positiva y fortalecedora, proporcionándole una mejor calidad de vida (González-Arratia, et al., 2009).

Los cambios observados de las variables dependientes están explicados por el programa de intervención con un enfoque desde la psicología positiva, siendo una estrategia de intervención idónea y complementaria, que les brinda al niño con CC opciones de cómo hacer uso de sus propias fortalezas del carácter como potenciadoras en la resiliencia y/o como herramientas para el mantenimiento de la misma, además le permite adquirir una visión positiva, realista y esperanzadora ante la enfermedad y sus implicaciones, y con ello, lograr adquirir un aprendizaje saliendo fortalecido de la experiencia de padecer un malformación cardíaca.

El promover el uso de las fortalezas del carácter y hacer consciente al niño que están presentes en ellos como recursos, permite dotarlo de una perspectiva más amplia y clara sobre los elementos personales con los que cuenta para enfrentar a las adversidades y situaciones estresantes, utilizando las diversas fortalezas como herramientas ante situaciones cotidianas, y de esta manera se desarrollen de manera más funcional aun padeciendo una enfermedad. Fiorentino (2008) confirma que las fortalezas se relacionan directamente con el desarrollo de la resiliencia en el niño, así como, los recursos positivos brindados por el ambiente posibilitarán al individuo elaborar alternativas de solución frente a la adversidad. De manera que al promover el uso de las fortalezas análogamente se logra promover y/o potenciar conductas resilientes.

De acuerdo con las investigación de Grinhauz y Castro (2014) acerca de las fortalezas del carácter, mencionan que las *fortalezas asociadas* (perdón, curiosidad, esperanza y vitalidad); y las *fortalezas de empatía* (amor, bondad, gratitud y apreciación por la belleza) clasificación dada por la misma investigación mediante un análisis factorial, son predictoras de un bienestar psicológico y estados positivos. Éste estudio encontró una relación entre la satisfacción de la vida y todas las fortalezas del carácter exceptuando creatividad, valentía y perspectiva, con ello la importancia de promover el uso de las fortalezas en poblaciones que padecen alguna enfermedad física, ya que el aumentar la satisfacción de la vida, el bienestar psicológico así como, generar emociones positivas pese a su condición médica ayudará a mejorar la calidad de vida.

En general y de acuerdo con la investigación de Park, et al., (2013) una terapia basada en la identificación y uso de las fortalezas del carácter es útil para el trabajo de aquellas personas con discapacidades, bajo rendimiento o baja autoestima, pues, al individuo en estas condiciones le resulta difícil destacar cosas positivas de sí mismo, sin embargo, si se le hace consciente de sus fortalezas le ayudará a utilizarlas y de esta manera superar sus debilidades o adversidades cotidianas, reduciendo ansiedad, depresión entre otras emociones negativas y aumentando la felicidad, la motivación y el bienestar psicológico.

A partir de los resultados obtenidos de esta investigación acerca de los efectos de una intervención psicológica basada en el uso de las fortalezas del carácter para generar y/o potenciar la resiliencia, es posible concluir que los efecto globales de dicha intervención desde la psicología positiva son positivamente significativos, en términos de las fortalezas, se

observa aumento en uso, además se observó que la muestra estudiada posee niveles óptimos de resiliencia mostrando potencialización posterior a la intervención en la resiliencia, lo cual indica, que el plan de intervención elaborado es eficaz y prometedor como uso de tratamiento con este tipo de población.

La presencia de resiliencia se puede atribuir a la misma enfermedad pues de acuerdo con la investigación de González-Arratia, et al., (2011) con niños que padecen enfermedades crónicas afirman que la condición de salud no es un agente que impida tener conductas resilientes, al contrario, en muchos casos los problemas de salud son los desencadenantes a la resiliencia, dicha información corrobora los resultados obtenidos en la muestra de estudio, ya que se observa la presencia de niveles óptimos en resiliencia. Lo cual les ha permitido ajustarse positivamente al curso de la enfermedad y las implicaciones usándola como estrategia de afrontamiento adaptativo.

La importancia del uso de programas de intervención basados en el enfoque de la psicología positiva permite dejar atrás la visión de psicopatología del individuo y de seguir enfocándose en la presencia de sintomatología o esperar hasta que esté presente algún desajuste psicológico, ya que, se centra en la prevención y en dirigir la visión a dotar de habilidades y capacidades propias del niño/a y adolescente para utilizarlas como herramientas y estrategias de afrontamiento, además, de construir el mayor número de rasgos positivos en cada uno de los individuos. De acuerdo a lo anterior Barragán y Morales (2014), confirman la relación entre las emociones positivas y el estado de salud físico, demostrando, que las emociones positivas previenen de enfermedades y reducen los niveles de ansiedad,

de esta manera, desaparecen o disminuyen los efectos fisiológicos que producen las emociones negativas, asimismo, las personas que experimentan mayores estados emocionales positivos evitan un desgaste en el sistema cardiovascular, lo que les permitirá gozar de una mejor calidad de vida.

Por ello, la importante necesidad de comenzar a crear intervenciones basadas en la psicología positiva, traerá mayores beneficios a la poblaciones patógenas, pues los pacientes conscientes están, de que padecen alguna anomalía física, limitaciones y un sin número de implicaciones negativas por el mismo curso de la enfermedad, las cuales repercutirán negativamente en su estado emocional, es donde la psicología positiva a contrario de otros enfoques más allá de buscar los desajustes emocionales y tratar de modificarlos, pretende construir elementos y recursos personales como herramientas amortiguadoras y mitigadora de los efectos negativos de la enfermedad, así como, darle un papel primordial a la prevención y promoción.

Existen diversos beneficios hasta hoy demostrados acerca de experimentar emociones positivas y la relación con el estado de salud físico, los estudios destacan que promover estados emocionales positivos en poblaciones patogénicas, generan mejoras en el estado de salud, tanto percibido como físico, favoreciendo al individuo y con ello favoreciendo el trabajo del equipo de salud, puesto que, un niño que se muestra alegre, sin niveles elevados de ansiedad y que posee fortalezas que les permiten ver de manera realista y optimista su enfermedad y las implicaciones médicas, colaborará de mejor manera con el equipo de salud

y sobrellevará de manera óptima las hospitalizaciones pre y post-quirúrgicas, logrando hacerle frente de manera funcional y adaptativa a las situaciones adversas que deberán pasar.

Por otra parte, los estados positivos se asocian directamente con conductas que serán beneficiosas para la salud, como; adherencia terapéutica, técnicas de autocuidado, responsabilidad ante la enfermedad, en general se adoptará una decisión apropiada ante las demandas de la enfermedad, esto se corrobora con el estudio realizado en el 2012 por el Dr. Tajer, quien mencionó, que los estados de bienestar óptimos, afectos positivos y el optimismo promueven la recuperación en pacientes con problemas cardiovasculares, así como, presentan menor incidencia de enfermedades o síntomas comorbidos a la condición cardíaca.

Hasta ahora en México, los estudios acerca de la resiliencia en poblaciones pediátricas que padecen enfermedades cardíacas son escasos, sin embargo, de acuerdo con el cambio de perspectiva en la psicología, se debe comenzar a desarrollar mayores aspectos positivos en el individuo y la familia ante la enfermedad para prevenir desajustes emocionales, con ello, se pretende que los pacientes desde temprana edad, comiencen a hacer uso de sus fortalezas del carácter y ser conscientes de sus recursos personales, para aumentar y mantener los niveles de resiliencia, además de y permitir estados emociones positivos, adquiriendo una visión más optimista y con ello traerá beneficios tanto individuales, familiares e institucionales, pues demostrado esta, que esto permitirá una rápida recuperación post operatoria debido a que los pacientes con ayuda de sus fortalezas podrán usarlas como andamiajes y darán un sentido a la vida, permitiendo tener un mejor ajuste.

Con ello, la iniciativa de esta investigación es crear un programa que promueva el uso de las fortalezas de carácter como son: el optimismo, la apreciación de la belleza, la gratitud, la creatividad, el amor y el perdón, como potencializadoras de la resiliencia, y como elementos que permiten la mantención de ésta, permitiendo experimentar emociones gratas en el niño pese a su condición médica. Castro y Moreno-Jiménez (2007), demostraron los beneficios de promover la resiliencia en niños que padecen enfermedades crónicas, permitiendo la adaptabilidad a la enfermedad y al ambiente social por más adverso que parezca. Del mismo modo, Pino, Valdés, Fajuri, Garrido y Castillo (2014) confirman que implementar programas educativos continuos impartidos por un equipo multidisciplinario, a través de las etapas de hospitalización y el seguimiento, beneficiará al paciente y a su cuidador, reduciendo los niveles de ansiedad.

De acuerdo con Mari, Cascudo y Alchieri (2016), las situaciones más estresantes y traumáticas que atraviesa un niño/a y/o adolescentes con cardiopatía congénita serán las intervenciones quirúrgicas, ya que es una situación que no puede controlar, además se debe contemplar que serán diversas las cirugías o intervenciones quirúrgicas de corrección y/o diagnóstico a las que serán sometidos los pacientes. Tanto la familia como el paciente en cada intervención generan pensamientos y emociones negativas en relación con las implicaciones o complicaciones, si bien, es inevitable la realización de los procedimientos quirúrgicos, es posible dotar a los familiares y al paciente de los suficientes recursos para enfrentar estas situaciones traumáticas y logren enfrentarlas de manera más óptima. Por ello la importancia de potencializar la resiliencia pues le permitirá al individuo experimentar

emociones positivas ante situaciones estresantes, por lo tanto si una persona que padece una enfermedad crónica y que constantemente estará sometida a situaciones adversas y estresantes, adquiere la capacidad de experimentar con mayor frecuencias emociones positivas, permite al paciente tener un mejor ajuste psicológico. Sin olvidar la importancia de crear procesos interactivos entre factores personales y externos como un ambiente familiar y social.

A pesar de los hallazgos encontrados en la presente investigación es necesario destacar una serie de limitaciones surgidas en el estudio, así como, sugerencias desprendidas de los resultados.

En la parte metodológica es evidente la necesidad de ampliar el tamaño de la muestra para que, de esta forma sea posible hacer un análisis que ofrezca resultados con mayor peso estadístico y con mayor confiabilidad para poder generalizar los resultados. Así como crear un grupo control que pueda comparar y confirmar la efectividad del plan de intervención. Mientras que, en la parte del método de evaluación, sería adecuado medir variables psicológicas negativas como podría sea la ansiedad, la depresión, pensamientos irracionales, entre otras, para crear puntos de comparación y efectos en dichas variables a través de la intervención, y así darle una mayor confianza, demostrando disminuciones, si es que están presentes factores psicológicos negativos en el paciente. Por otra parte, es necesario contar con instrumentos validados en población mexicana con respecto al Inventario de Virtudes y Fortalezas.

Una de las limitaciones que pudieron afectar negativamente a los resultados sería la deseabilidad social como variable extraña, debido a que el plan de intervención fue de manera grupal, lo cual pudo interferir, ya que, esto pudo llevar a los participantes a responder con deseabilidad social. Por ello se sugiere que el plan de intervención se haga de manera individual en próximas investigaciones.

Dentro de las sugerencias a realizar en próximos estudios serían ampliar el tamaño de la muestra y del número de sesiones en la intervención, para lograr trabajar más aspectos favorecedores, así como abordar las 24 fortalezas del carácter, además, crear una fase de seguimientos a los 15, 30, y 60 días posteriores a la intervención con la finalidad de observar el mantenimiento en los efectos de la resiliencia y el uso de las fortalezas. Otra sugerencia es crear grupos más homogéneos con respecto a la edad, sexo y diagnósticos, de los pacientes, logrando grupos de adolescentes y de niños, esto, si la intervención se replica de manera grupal. Igualmente se propone implementar planes en conjunto con los padres-cuidadores, ya que, de acorde con la investigación de Hamall, Heard, Inder, McGill, y Kay-Lambkin (2014) con niños que padecen enfermedades crónicas la resiliencia se debe comenzar a construir desde la familia, identificando las fortalezas, habilidades y estrategias de afrontamiento de la familia y ellos sean quienes puedan proporcionarles éstas a su familiar enfermo, permitiéndole la promoción de conductas resilientes, pues la familia es el principal medio para construir y potencializar la resiliencia y fortalezas en los niños.

Del mismo modo se considera idóneo crear programas basados en psicología positiva exclusivamente dirigidos a los padres-cuidadores y la familia en diversos momentos del

curso de la enfermedad, con el objetivo de desarrollar conductas resilientes, reduciendo el desajuste psicológico, y puedan transmitir a los menores estrategias y elementos vitales para la construcción de la resiliencia, así como, complementar estos programas con otras estrategias psicológicas que reduzcan sus niveles de ansiedad y preocupación.

A partir de los hallazgos encontrados y considerando las limitaciones y fortalezas de esta investigación se puede concluir que a pesar de no ser posible una generalización acerca de los efectos de la intervención, debido al tamaño de la muestra, se afirma que dicha intervención fomenta el uso de las fortalezas del carácter y aumenta progresivamente la resiliencia en poblaciones infantil mexicanas diagnosticada con CC, dicha limitación en el tamaño de la muestra, se debe al acceso al tipo de población por las condiciones médicas y al aún escaso trabajo multidisciplinario e integral del psicólogo de la salud en los ámbitos hospitalarios de tercer nivel, si bien, es necesario comenzar a crear mayores hallazgos en el uso de psicología positiva y complementarla con otras estrategias psicológicas para el beneficio del paciente y sus familiares, esta intervención responde positivamente a las necesidades de los niños en generar emociones positivas, mediante planes de intervención que dirigen su objetivo terapéutico a aumentar sus propias características personales como herramientas para enfrentar de manera funcional la enfermedad y su curso, saliendo beneficiados tras esta experiencia. Por ello, es necesario seguir analizando variables como la resiliencia con el fin de tener mayor evidencia empírica en este y otro tipo de población patógena, pues si está presente, es necesario crear programas que la mantengas y la aumenten. Además es necesario

realizar estudios longitudinales que permitan correlacionar las variables resiliencia, fortalezas del carácter y calidad de vida, entre otras variables psicológicas.

Si bien, este es un primer acercamiento, es posible vislumbrar que los niños con CC muestran pocas fortalezas o no ponen en práctica su uso, si se crean planes de intervenciones en las cuales se les enseñe y se les refuerce el uso de ellas, se demostrarán cambios significativos tanto en el uso de las mismas como en la mantención de la resiliencia. Acorde con la literatura revisada uno de los principales pilares para forjar conductas resilientes son las fortalezas del carácter, por ello, es necesario implementar el mayor número de estrategias para promover/generar a los niños y adolescentes a usar estos elementos personales para potenciar la resiliencia ya presente en ellos, ayudándoles a afrontar la enfermedad de manera más positiva y manteniendo las conductas resilientes hasta edad adulta. Aunque en esta investigación no se esperaba encontrar niveles óptimos de resiliencia se demuestra que el aumento en el uso de algunas fortalezas, beneficiará en la percepción de resiliencia aumentándola y manteniéndola, logrando beneficiar a los pacientes en momentos estresantes o de vulnerabilidad, pues es un factor de protección en el estado general de salud, además de una capacidad de afrontamiento óptima y fortalecedora ante el desgaste emocional, cognitivo y físico que implica la enfermedad.

REFERENCIAS

- Aguero, I., Carballés, J., Estévez, A. y De León, N. (2013). Factores de riesgo de discapacidades en pacientes en edad pediátrica con cardiopatías congénitas, *Rev. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 5(2), 111-123.
- Barahona. M., Sánchez A. y Urchaga J. (2013) la psicología positiva aplicada a la educación: el programa para la mejora de las competencias en la educación superior, *Revista de formación innovación educativa universitaria*, 6 (4), 244-256.
- Barragán, A. R. y Morales, C. I. (2014) Psicología de las emociones: generalidades y beneficios, *Enseñanza e investigación en psicología*, 19(1), 103-118.
- Calderón- Colmenero, J., Cervantes-Salazar, J., Curi-Curi, P. y Ramírez S, (2010). Problemática de las Cardiopatías Congénitas en México. Propuesta de regionalización. *Arch. Cardiol. Mex.*, 80(2), 133-140
- Carballés F., Rodríguez, W., Gonzáles, S., Aguilera, E. y Consuegra, M. (2014). Calidad de vida en cardiopatías congénitas reconstruidas quirúrgicamente incorporadas a la rehabilitación cardiaca. Trece años de experiencia. *Rev. Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 20(2), 84-90.
- Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales, *Revista critica de ciencias sociales y jurídicas*, 27(3).
- Castro, E., y Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12(1), 81-86.
- Cosentino, A. (2011). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate*, 10, 53-71.
- Contreras, F. y Esguerra, G. (2006) Psicología positiva: Una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 2(2), 311-319.
- Donoso, B. y Oyarzú, E. (2012). Anomalías congénitas, *Medwave*, 12(9), 1-9. Doi: 10.5867/medwave.2012.09.5537
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, R., Ortiz, M., Carrasco, Z., Solabarrieta, E. y Gómez, M. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3) 388-393.
- Fernández, L. (2008) Una revisión crítica de la psicología positiva: Historia y concepto, *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 167-176.

- Fernández, S., Gutiérrez, G. y Viguri, R. (2012). Principales causas de mortalidad infantil en México: Tendencias recientes, *Bol Med Hop Inant Mex*, 69(2), 144-148.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clinica y Salud*, 22(1), 21-40.
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud, *Suma psicológica*, 1 (1), 95-114.
- García-Vesga, M. C. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77. DOI:10.11600/1692715x.1113300812
- Gil, G. (2010). La resiliencia: Concepto y modelos aplicables al entorno escolar, *El Guiniguada*, 19, 27-42.
- Giménez, M., Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia. Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 97-116.
- Glantz, M. y Johnson, J. (2002) Resilience and development: Positive life adaptations. New York: Kluwer Academic Publisher. Disponible en http://books.google.com.mx/books?id=or_0fswAZVUCydq=Resilience+and+development:+Positive+life+adaptations.+glantzyl=esysource=gbs_navlinks_s
- González, C. (2004) La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico, *Revista de psicología*, 10, 82-88.
- González-Arratia, N., Nieto, D., y Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123.
- González-Arratia, N., Nieto, D., Valdez, J., Oudhof van, H. y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16() 247-253. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057004>
- González-Arratia, N., Valdez, J. y Zavala Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- Granado, F. (2005). Epidemiología de las cardiopatías congénitas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en cardiología pediátrica. Serie de Protocolos de la AEP, AEP, Madrid. Disponible en <http://www.telecardiologo.com/descargas/69439.pdf>
- Grau, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas, *Revista española de discapacidad*, 1(1), 195-2012. Doi:<http://dx.doi.org/10.5569/23405104-01.01.01>

- Greco, C., Merelato, G. y Ilson, M. (2006) Emociones psicológicas: Una herramienta psicológica para promociona el proceso de resiliencia infantil. *Psicología, cultural y sociedad, Psicodebate*, 7, 80-90.
- Grinhauz, A. (2012a). El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: Una breve revisión teórica, *Psicodebate*, 12, 39-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v12i0.366>
- Grinhauz, A. (2015b). El estudio de las fortalezas del carácter en niños: Relaciones con el bienestar psicológico, la discapacidad social y la personalidad, *Psicodebate*, 15(1), 43-68.
- Grinhauz, A. y Castro, A. (2013a). El análisis de las virtudes y fortalezas en la infancia. *Anuario de investigación*, 19(2), 27-35.
- Grinhauz, A. y Castro, A. (2014b). La evaluación de las virtudes y fortalezas del carácter en niños argentinos: adaptación y validación del inventario de virtudes y fortalezas para niños (IV y F niños), *Suma psicológica ust*, 11(1), 115-126.
- Grinhauz, A. y Castro, A. (2015c). Un estudio exploratorio de las fortalezas del carácter en niños argentinos, *Avances en psicología latinoamericana*, 33 (1), 45-56.
- Guillén, S., Villarraga, G., Pachón, R. Y Roncancio E. (2013). Resiliencia en el fenómeno de violencia intrafamiliar desde la terapia narrativa: Una nueva perspectiva. *Revista vanguardia psicológica*, 4 (1), 58-68.
- Hamall, K., Heard, T., Inder, J., McGill, K. y Kay-Lambkin, F. (2014). The Child Illness and Resilience Program (CHiRP): a study protocol of a stepped care intervention to improve the resilience and wellbeing of families living with childhood chronic illness. *BMC Psychology*, 2(1), 5. <http://doi.org/10.1186/2050-7283-2-5>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2015). Metodología de la investigación 5ta edición, México: McGraw-Hill.
- Hervás, G. (2009) Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación de profesorado*, 66(23), 23-41.
- Heusser, F., Urcelay, G., Arnaiz, P., Acevedo V. et al.(1997). Enfermedades del Aparato Cardiovascular. Parte XV. En: *Pediatría Meneghello*, España: Editorial Médica Panamericana.
- Kotliarenco, A., Cáceres I., Fontencilla M. (1997). Estado de ate en resiliencia, *Organización Panamericana de la Salud*. 1-52.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, J. y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual*, 20(1),183-196.

- Llanio, R. y Perdomo, G. (2003) Anatomía y fisiología clínicas del sistema cardiovascular. En Llanio, R. y Perdomo, G., Propedéutica Clínica y Semiología Médica Tomo 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- López, A. y Macaya, C. (2009). Libro de la salud cardiovascular del hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA, Bilbao: Fundación BBVA, 35-49.
- Maisuls, H. (2012). Las cardiopatías congénitas y la mortalidad infantil. *Rev. argent. cardiol.* [Revista en Internet]. 2010 Abr [citado 2012 Jun 30]; 78(2): 190-192. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482010000200018&lng=es
- Mari, M., Cascudo, M. y Alchieri, J.. (2016). Congenital Heart Disease and Impacts on Child Development. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 31(1), 31-37.
- Mariñelarena-Dondena, L y Gancedo, M. (2011). La psicología positiva: su primer década de desarrollo, *Revista diálogos*, 2(1), 67,77.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia, *Fundamentos en humanidades*, 9 (18), 55-69.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la psicología positiva. Análisis desde una histografía crítica, *Psicodebate*. 9-22.
- Martorelli, A. y Mustaca, A. (2004) Psicología positiva, salud y enfermos crónicos, *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 24(3), 99-104.
- Monroy, I., Pérez, N., Vargas, G., Ortiz, G., Buendía, A., Calderón, J., Ramírez, S., Cervantes, J., Curi, P., Martínez, N. y Rodríguez, J. (2013). Cambiando el paradigma en las cardiopatías congénitas: de la anatomía a la etiología molecular, *Gaceta Médica de México*, 149, 212-219.
- Muñoz, V. y De Pedro, F. (2005) Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Rev. Complutense de Education*, 16 (1), 107-124.
- Niemiec, R. (2013). VIA Character strengths: Research and practice: The first 10 years. Well-being and cultures, *Perspectives on positive psychology*. 11-30.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicol*, 16(1), 9-28
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Anomalías congénitas. Ginebra: OMS.
- Orraca, M., Almenares, S. y Álvarez, S. (2004) Características clínico epidemiológicas de las cardiopatías congénitas, Pinar del Río, mayo de 1999-mayo de 2001. *Avances* [versión

- electrónica]. 6(1): Disponible en: <http://www.ciget.pinar.cu/Revista/No.2004-1/cardiopatias.htm>
- Padrós, F., Martínez, M., Gutiérrez-Hernández, C. y Medina, M. (2010) La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 30-40.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. (2004). Strength of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (2013) La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.
- Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. Oxford university press, USA. Disponible en http://books.google.com.mx/books?id=fUPBDc4HU0oCypg=PA349ylpg=PA349ydq=A+primer+in+positive+psychology.+Oxford+university+press+petersonsource=blyots=u-SXDQ-Pa_ysig=-JU6Y6YEXKf_9GKqmjSLub_yV8Yyhl=esysa=Xyei=XtRuVM7sBNeiyASnmYHQCgyved=0CD0Q6AEwAw#v=onepageyq=A%20primer%20in%20positive%20psychology.%20Oxford%20university%20press%20petersonyf=false
- Peterson, C. y Seligman, M. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14, 381-384. Disponible en http://www.psychologicalscience.org/pdf/14_4Peterson.cfm
- Pino P., Valdés, C., Fajuri, P., Garrido, O. y Castillo, A. (2014). Propuesta de un programa educativo para padres de niños con cardiopatías congénitas. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(5), 451-456. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.451>
- Poletti R. y Dobbs, B. (2005) La resiliencia: el arte de resurgir a la vida. Buenos Aires: Editorial Lumen México.
- Prieto, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), pp. 319-338.
- Quesada, A., Justicia, M., Romero, M. y García, M. (2014). La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(14), 569-576.
- Rocamora, A. (2008). La familia resiliente. Claves para atender un hijo enfermo. *Revista de la Asociación Proyectos Hombre*, 67, 16-19.
- Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Rev psicopedagogía*, 26(80), 291-302.
- Saavedra, E. (2004) Resiliencia y ambientes laborales nocivos, Séptima jornada de tesis de resiliencia. Disponible en <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact>

[=8&ved=0ahUKEwjw7IvBhcDQAhUK3WMKHV11DKMQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fresiliencia.cl%2Finvestig%2FSaavedra_Resiliencia_ALN.doc&usq=AFQjCNHR2AzTyAvEkx3QwDGeslPxFnBBaw&sig2=QCcf1RIYR9712maLW2PxmA&bvm=bv.139782543.d.amc](http://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11241/56139_rivas_sileny.pdf?sequence=1)

- Sileny, M. (2012). Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la universidad de los Andes. Mérida, Venezuela (Tesis de doctoral, Universidad autónoma de Madrid). Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11241/56139_rivas_sileny.pdf?sequence=1
- Simón, M. (1993) Psicología de la Salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. España: Editorial Pirámide.
- Solano- Fiesco, L., Aparicio-Osorio, M. y Romero-Ramírez, J. (2015). Prevalencia e incidencia de cardiopatías congénitas en el Servicio de Cardiología Pediátrica del hospital central militar; enero 2006-enero2010. *Rev Sanid Milit Mex*, 69, 171-178.
- Tajer, C. (2012). Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. *Revista argentina de cardiología*, 80(4), 325-332.
- Tortosa, A. (2006) .Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Tsyr, J., Hean, K., Adams, A., Morgan, R. y Frewen A. (2015). Strengths of character, orientations to happiness, life satisfaction and purpose in Singapore. *Journal of tropical psychology*, 5 (2), 1-21. doi:10.1017/jtp.2015.2
- Vázquez C. y Hervás, G. (2009) psicología positiva aplicada, Biblioteca de Psicología, España: Dsclee de Brouwer.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en psicología positiva: fundamentos y aplicaciones, *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rohana, J. y Gómez, D. (2009) Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva, *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5,15-28.
- Vera, B. (2006) Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología, *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006) La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático, *papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Vielma, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica, *Educere. Artículos Arbitrados*, 49, 265-275.

Villalba, C. (2003). El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial intervention*, 12(3), 283-299.

Villalba, C. (2006). El enfoque de resiliencia en trabajo social. *Rev. Trabajo social*, 1-30.

Villegas, M. (1986) La psicología humanista: historia concepto y método, *Anuario de psicología*, 34(1), 10-45.

APÉNDICES

Apéndice A



CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA
UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN – SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Paciente: _____ **Edad:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por este medio autorizo que el/la menor a mi cargo reciba atención psicológica que consiste en aplicación de pruebas psicológicas y la participación en el Plan de intervención para promoción de las Fortalezas del Carácter en niños con Cardiopatías Congénitas (FoCa) con duración de 5 sesiones. Realizadas los viernes de 12:00 pm a 1:30 pm.

Así también me doy por enterado(a) que todas las prácticas realizadas se apegan al USO CONFIDENCIAL Y ÉTICO del material y/o información contenida en cada caso. Eliminando de cualquier fuente de información la identificación personal del o los pacientes y sus cuidadores. Con lo cual siempre se respetará el DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

_____/_____/_____

Nombre y firma del padre o tutor responsable

Nombre y firma del terapeuta Responsable

Apéndice B



CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA
UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



1. Ficha de identificación

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de procedencia : _____

Escolaridad: _____

Diagnóstico: _____

Tiempo del diagnóstico: _____

No. de cirugías: _____ No. de cateterismos: _____

Nombre del cuidador: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Observaciones

Apéndice C

Inventario de Virtudes y Fortalezas Para Niños¹

Nombre del paciente:	Fecha:
Dx.:	Edad:
Escolaridad:	
Tipo de estudio / procedimiento:	

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas sobre la forma en que te sientes y tu forma de ser. Te pedimos que leas las frases y respondas en relación a como vives tu vida. Marca la opción si eres muy parecido a la frase, si eres algo parecido, si no eres ni parecido ni diferente, si eres algo diferente o si eres muy diferente.

Frase	5 Muy parecido	4 Algo parecido	3 Ni parecido ni diferente	2 Algo diferen te a mí	1 Muy diferente a mí
1. Sé darme cuenta cuando una película está muy buena así como también logro reconocer las cosas lindas que tienen mis compañeros o familiares.					
2. Yo trato a todos mis compañeros de la misma manera aunque no me caigan bien. Cuando hay que trabajar en grupo, trato de escuchar a todos mis compañeros por igual incluso a aquellos con los que no me llevo bien. Creo que todos tienen que tener la misma oportunidad de hablar y opinar.					
3. Cuando estudio, no me distraigo ni dejo mis tareas sin terminar. Aunque sea muy difícil lo que estoy haciendo y aunque no tenga más ganas de hacerlo, no abandono la tarea y continuo hasta el final.					
4. Soy muy creativo/a. Tengo más imaginación que mis amigos y me gusta hacer cosas originales. Me gusta pensar ideas nuevas y diferentes.					
5. Me gusta decirle a mis amigos y familiares lo que siento. Me encanta decirles cuanto los quiero y lo importantes que son en mi vida. También me gusta que ellos me digan que me quieren a mí.					

¹ Este cuestionario está adaptado del IVyF, versión de Sol Grinhauz & Castro Solano. (2014). Autoinforme para evaluar las virtudes y fortalezas, SUMMA Psicológica US, vol. 11, núm. 1, 2014, pp. 115-126, Buenos aires, Argentina.

Frase	5 Muy parecido	4 Algo parecido	3 Ni parecido ni diferente	2 Algo diferente a mí	1 Muy diferente a mí
6. Si tengo que quedarme en casa estudiando en lugar de salir con mis amigos porque tengo prueba mañana, lo hago. Me gusta estudiar con tiempo y no dejar las cosas a último momento. Tampoco necesito que mis padres o mis maestros me estén diciendo que tengo que ponerme a estudiar.					
7. Trato de siempre dar las gracias a la gente que es buena conmigo y que se preocupa por mí.					
8. Puedo ser bueno/a como ser líder de un equipo y para pensar cosas que hacer con mi grupo: puedo hacer que mis compañeros se lleven bien y tengan ganas de trabajar juntos. Me gusta que en mi equipo todos se sienta bien y participen.					
9. Antes de tomar una decisión, me gusta pensarlo mucho. Considero que es importante conocer las cosas buenas y las malas de una situación antes de decidirme por algo. Si me doy cuenta que estoy equivocado con lo que pienso, no tengo problemas en cambiar mi forma de pensar.					
10. Si estoy en un cumpleaños y no conozco a nadie, enseguida me hago amigos nuevos y la paso bien. Se adaptarme bien a las situaciones que son nuevas para mí.					
11. Cuando alguien me trata mal, yo no lo trato mal. No busco vengarme porque creo que es mejor perdonar. Luego trato de no acordarme de eso que me hizo y de darle una segunda oportunidad aunque corra peligro de que me lo vuelva a hacer otra vez.					
12. Siento que hay alguien en el cielo que me cuida. Tengo una religión y creo en Dios (o una fuerza superior). Eso me ayuda a tener fe en momentos difíciles y entender las cosas verdaderamente importantes en la vida.					
13. Soy bueno para trabajar en equipo y me encanta sentir que formo parte de un grupo. Apoyo a mis compañeros, respeto las decisiones tomadas por el grupo (aunque no esté de acuerdo) y nunca faltar a las reuniones. Me comprometo con mi grupo a dar todo de mí.					

Frase	5 Muy parecido	4 Algo parecido	3 Ni parecido ni diferente	2 Algo diferente a mí	1 Muy diferente a mí
14. Soy de defender lo que es correcto y de decirlo aunque eso le caiga mal a mis compañeros. Si sé que hay alguien que está haciendo algo malo, voy y se lo digo o trato de que no lo haga, aunque corra el riesgo de que me trate mal o me deje de lado. Si algo me parece que está muy mal, lo digo en voz alta sin importar quién escuche o si me trae problemas.					
15. Me encanta aprender cosas nuevas. Pienso que en todas las situaciones hay cosas interesantes de las cuales aprender. Hay muchas actividades que me entusiasman. No me considero una persona que se aburra fácilmente.					
16. Hacer feliz a los demás es algo muy importante para mí. Si mis amigos se sienten mal, los ayudo y trato de levantarles el ánimo. Siempre tengo tiempo para ellos aunque tenga que dejar de hacer mis cosas.					
17. Cuando estoy triste o tengo problemas, me pongo a pensar en las cosas buenas que me pasan y me siento mejor. Yo siempre trato de tener esperanza a pesar de que las cosas no salgan bien. Sé que con esfuerzo y con confianza las cosas se pueden lograr o se pueden mejorar.					
18. Me gusta cumplir lo que prometí. Además mis amigos pueden confiar en mí para guardar un secreto. No me gusta mentir para no tener problemas, prefiero siempre decir la verdad.					
19. A mis compañeros les gusta que yo les dé consejos. Mis amigos, antes de tomar una decisión importante, me piden opinión.					
20. Respeto las reglas y trato de portarme bien. Prefiero estar lejos de los compañeros que se portan mal. Trato de pensar antes de hablar para no hacerle mal a nadie					
21. Me encanta hacerles chistes a mis amigos y hacerlos reír.					

Frase	5 Muy parecido	4 Algo parecido	3 Ni parecido ni diferente	2 Algo diferente a mí	1 Muy diferente a mí
Mis compañeros dicen que siempre estoy de buen humor y que se divierten mucho conmigo. Aunque esté en una situación fea, yo siempre trato de tener buen humor.					
22. No me gusta hablar de mí, ni llamar la atención con mis compañeros. Cuando me saco una buena nota en una prueba, no me gusta decirlo para no quedar como agrandado y no hacer sentir mal a un compañero que se sacó una mala nota.					
23. Soy de leer todo el tiempo muchos libros, ver programas de televisión que me enseñen cosas nuevas y visitar museos. No solo para el colegio sino también para entretenerme. Si quiero saber algo, voy enseguida a consultar en los libros o en internet porque siempre tengo ganas de aprender cosas nuevas.					
24. Trato de vivir cada día con mucha energía y entusiasmo. Siendo que cada día es una oportunidad para vivir y conocer diferentes situaciones o personas. Me siento con ganas de hacer muchas cosas, me siento con mucha energía y entusiasmo.					

¿Cuán contento/a (satisfecho/a) estas con tu vida?

No estoy contento	Estoy algo insatisfecho	Me es indiferente	Algo contento o satisfecho	Muy contento o satisfecho

Apéndice D

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES²

	Fecha:
Nombre del paciente:	Edad:
Dx.:	
Escolaridad:	
Tipo de estudio / procedimiento:	

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Marca la opción que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema.

Pregunta	5 Siempre	4 La mayoría de las veces	3 Indeciso	2 Algunas veces	1 Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
3. Soy agradable con mis familiares.					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero.					
5. Confío en mí mismo.					
6. Soy inteligente.					
7. Yo soy acomedido y cooperador.					
8. Soy amable.					
9. Soy compartido.					
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.					
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.					
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.					

² Versión de Gonzales-Arriata, (2011). Autoinforme para evaluar los factores protectores internos, externos y empatía

Pregunta	5 Siempre	4 La mayoría de las veces	3 Indeciso	2 Algunas veces	1 Nunca
15. Tengo deseos de triunfar.					
16. Tengo metas a futuro.					
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.					
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.					
19. Soy firme en mis decisiones.					
20. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.					
21. Me siento preparado para resolver mis problemas.					
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás.					
23. Enfrento mis problemas con serenidad.					
24. Yo puedo controlar mi vida.					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.					
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.					
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos.					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.					
30. Puedo aprender de mis errores.					
31. Tengo esperanza en el futuro.					
32. Tengo Fe en que las cosas va a mejorar.					

Apéndice E
“Plan de intervención basada en las Fortalezas de Carácter en niños con Cardiopatías Congénitas” (Plan FoCa)

Objetivo general: Promover y potencializar en los niños con cardiopatía congénita las Fortalezas de Carácter para generar y/o aumentar la resiliencia						
Sesión	Objetivo/s particular/es	Técnica	Actividades	Tiempo	Materiales	Tareas
1	Identificar las fortalezas de carácter y la resiliencia autopercibidas por los niños con CC. Antes de la intervención.		Aplicar los instrumentos de evaluación.	20 minutos	-El inventario de virtudes y fortalezas -Cuestionario de resiliencia -Lápices -Gomas	
	Comprensión del constructo fortalezas del carácter	Psicoeducación	El terapeuta explicará a los PCC qué son y cuál es la función de las fortalezas del carácter, mediante una presentación. Posterior se les brindará al niño su cuadernillo de actividades personal	15 minutos	-laptop -Proyector -Cuadernillo de actividades	
	Auto identificación de las fortalezas de carácter que el niño crea poseer.		Se le brindará al niño el esquema (<i>mapa de las fortalezas</i>) que contiene las 24 fortalezas del carácter para que pueda iluminar aquellas que él considera poseer. Una vez terminado su esquema, se les brindará unas <i>tus mejores fortalezas</i> en donde enlistarán sus cinco fortalezas principales que ellos creen poseer y la descripción de lo que para ellos significa esa fortaleza.	30 minutos	-laptop y/o tableta electrónica con el listado y descripción de cada una de las de 24 FC. -Cuadernillo de actividades -Plumas de colores -Colores	El niño anotará en la semana cuantas veces cree que estas fortalezas que el seleccionó las pone en práctica.

Nota: Todas las psicoeducaciones fueran acompañadas por material audiovisual (presentaciones ppt y videos) para el apoyo de la comprensión

Objetivo general: Promover y potencializar en los niños con cardiopatía congénita las Fortalezas de Carácter para generar y/o aumentar la resiliencia

Sesión	Objetivo/s particular/es	Técnica	Actividades	Tiempo	Materiales	Tareas
	Comprensión de la gratitud como fortaleza del carácter.	Psicoeducación	El terapeuta explicará mediante una presentación el significado de la gratitud y analizar la importancia de la gratitud.	20 minutos	-laptop -Proyecto	
	Auto-identificación de situaciones generadoras de emociones positivas y de las cuales se sienten agradecidos.		Deberá escribir una carta con cinco experiencias positivas (<i>Agradeciendo</i>) y por las que se sintió agradecido, explicando cada una.	20 minutos	-Cuadernillo de actividades -Lápices	Se le pedirá que realice la misma actividad durante toda la semana a manera de diario, en el cual deberá escribir al menos 3 experiencias positivas por las cuales en el día se sintió agradecido.
2	Promover conductas de autonomía y responsabilidad ante la enfermedad.		Esta actividad se debe realizar con ayuda de los padres-cuidadores En un calendario semanal (<i>Economía de estrellas</i>) los padres-cuidadores deberán colocar un sticker por cada conducta que realice al día y que dicha conducta promueva la responsabilidad y autonomía ante la enfermedad (Ej.: responsabilidad al ser adherente, al tomar sus medicamentos) así como conductas que se consideren generadoras de emociones positivas en el niños (Ej.: colaboración en las actividades en casa, tareas escolares, etc.) y delante del sticker se deberá escribir brevemente el motivo por el cual se le reforzó y el motivo de por qué le genero emociones positivas.	20 minutos		
	Identificación y reconocimiento de conductas adaptativas que generan en el niño con CC emociones positivas.	Economía de fichas				Los padres-cuidadores del niño deberán identificar y reforzar aquellas conductas que haya realizado el niño durante ese día que promuevan su responsabilidad ante la enfermedad y la autonomía del paciente así como conductas en donde se vean empleadas fortalezas de carácter.
	Promover reforzamiento de conductas en las cuales se vean empleadas sus fortalezas del carácter.					

Nota: Todas las psicoeducaciones fueran acompañadas por material audiovisual (presentaciones ppt y videos) para el apoyo de la comprensión

Objetivo general: Promover y potenciar en los niños con cardiopatía congénita las Fortalezas de Carácter para generar y/o aumentar la resiliencia

Sesión	Objetivo/s particular/es	Técnica	Actividades	Tiempo	Materiales	Tareas
	Promover en el niño el optimismo ante situaciones adversas que haya tenido que pasar.		Se le brindará una hoja (<i>el círculo optimista</i>) en la cual estarán dibujados diversos círculos, en el círculo central, deberá escribir el nombre de alguien o algo que le haya hecho algo doloroso y que sienta que eso le ha hecho ser más pesimista, en esencia que le haya hecho pasar una experiencia negativa y en el resto de círculos deberá escribir todas las experiencias positivas que recuerde, posteriores o a consecuencia de la mala experiencia.	20 minutos	-Cuadernillo de actividades -Plumas de colores	
3	Promover la creatividad al solucionar problemas.		Se le pedirá al niño que identifique una problemática actual por la cual este pasando (hospitalización, intolerancia al ejercicio, etc.) y en una hoja (<i>Ituvia de soluciones</i>) realizará un mapa mental, es decir, escribirá la problemática central y con ayuda de su creatividad encontrará diversas formas de solucionar el problema, sin limitar las ideas que pueda tener.	20 minutos	-Cuadernillo de actividades -Plumas de colores	
	Promover esperanza y persistencia.		Se le pedirá al niño que se visualice dentro de 5 años, sus planes a futuro tanto escolares como en su condición de salud y su entorno familiar y de amigos y lo escribirá en una hoja (<i>mirando hacia el futuro</i>). Después de que las reflexioné creará una lista sobre los pasos a corto plazo que tendrá que construir para llegar a la meta dentro de 5 años, (que puede hacer hoy para llegar a ello).	30 minutos	-Cuadernillo de actividades -Plumas de colores	

Nota: Todas las psicoeducaciones fueran acompañadas por material audiovisual (presentaciones ppt y videos) para el apoyo de la comprensión

Objetivo general: Promover y potenciar en los niños con cardiopatía congénita las Fortalezas de Carácter para generar y/o aumentar la resiliencia						
Sesión	Objetivo/s particular/es	Técnica	Actividades	Tiempo	Materiales	Tareas
	Promover el perdón y la compasión.		<p>Deberá escribir una carta en donde comience describiendo a detalle el daño que ha sufrido, así como describir si es que el daño la causo una persona o una situación, Explicar por qué se sientes herido todavía (si es que se siente). Deberá detallar todo lo que te hubiera gustado que esa persona hiciera en vez de lo que hizo o cómo la situación hubiera sido distinta. Después, de exponer el motivo del deber concederle el perdón explícito manifestando su comprensión y narrándolo.</p>	30 minutos	-Hojas blancas -Plumas de colores	Si la carta va destinada a una persona y si es que el paciente lo desea se le sugiere que se le entregue. Además se le sugiere que sea una técnica ante situaciones que lo lastimen o le causen emociones positivas.
4	Promover bondad.	Psicoeducación	<p>El terapeuta explicará que es la bondad como fortaleza del carácter. Posteriormente se le pedirá que realice una lista en donde lleva la cuenta de los actos generosos o bondadosos que realiza durante el día. (Ej.: Somreír a la gente sin ningún motivo, ayudar a alguien a cruzar, recoger algo que se le haya caído a la persona de enfrente, etc.).</p>	10 minutos	-Laptop -Proyector -Hojas blancas -Plumas de colores	Esta actividad se explicará y será para que el niño la realice a lo largo de la semana.
	Identificará las fortalezas del carácter que posee un personaje resiliente.		<p>El niño verá un cortometraje: "El circo de la mariposa" del cual deberá realizar un análisis y describir si el personaje principal posee fortalezas de carácter y si las posee, deberá describir brevemente cuales cree que posee y como ellas le ayudaron a salir de su situación problemática. Si el niño no considera que el personaje posea fortalezas, o no le ayudaron deberá explicar el motivo.</p>	40 minutos	-CD con el cortometraje grabado. -Cuaderno de actividades en donde anotará su análisis (<i>¡seamos resilientes!</i>)	La siguiente sesión deberá traer el análisis del cortometraje.

Nota: Todas las psicoeducaciones fueran acompañadas por material audiovisual (presentaciones ppt y videos) para el apoyo de la comprensión

Objetivo general: Promover y potencializar en los niños con cardiopatía congénita las Fortalezas de Carácter para generar y/o aumentar la resiliencia

Sesión	Objetivo/s particular/es	Técnica	Actividades	Tiempo	Materiales	Tareas
	Comprensión del concepto de resiliencia y la importancia de la promoción en la resiliencia mediante las fortalezas del carácter.	Psicoeducación	Se le mostrará al niño un video en el cual describe lo que es la resiliencia. Después se aclararán las dudas acerca del concepto.	20 minutos	-Laptop -Proyector	
	Promover amor mediante técnicas de relajación.	Visualización respiración diafragmática	Se realizará una meditación guiada en la que en vez de imagines nos centraremos en evocar emociones. se le pedirá al paciente lo siguiente: -Siéntate, acomódate y cierra los ojos. -Visualiza alguien o algo que te genere sentimientos de calidez, ternura, amor... (Puede ser tu hermano(a), tu mamá, tu papá, algún amigo, una mascota o un árbol que te imagines) El objetivo es generar emociones cálidas de manera natural al imaginarlos. -Una vez que eres consciente de las emociones que te genera esa visualización, deja ir la imagen y quédate con la emoción, centrándote en ella y dejándote llevar por ella. -Ahora dirige esa emoción hacia ti de manera pura y profunda. .Luego irradia esas emociones hacia los demás, empieza por aquellos a quienes conoces muy bien y luego a otras personas menos cercana. Finalmente extiende tu amor a todas aquellas personas que quieres que sientan la misma emoción que tu estas sintiendo en estos momentos.	30 minutos	Actividad al aire libre	Se sugiere al paciente que repita la actividad de respiración diafragmática ante situaciones estresantes.
5	Identificar las fortalezas de carácter y la resiliencia autopercibidas por los niños con CC. Posteriores a la intervención		Aplicar los instrumentos de evaluación.	20 minutos	-Inventario de virtudes y fortalezas -Cuestionario de resiliencia -lápicos -Gomas	

Apéndice F

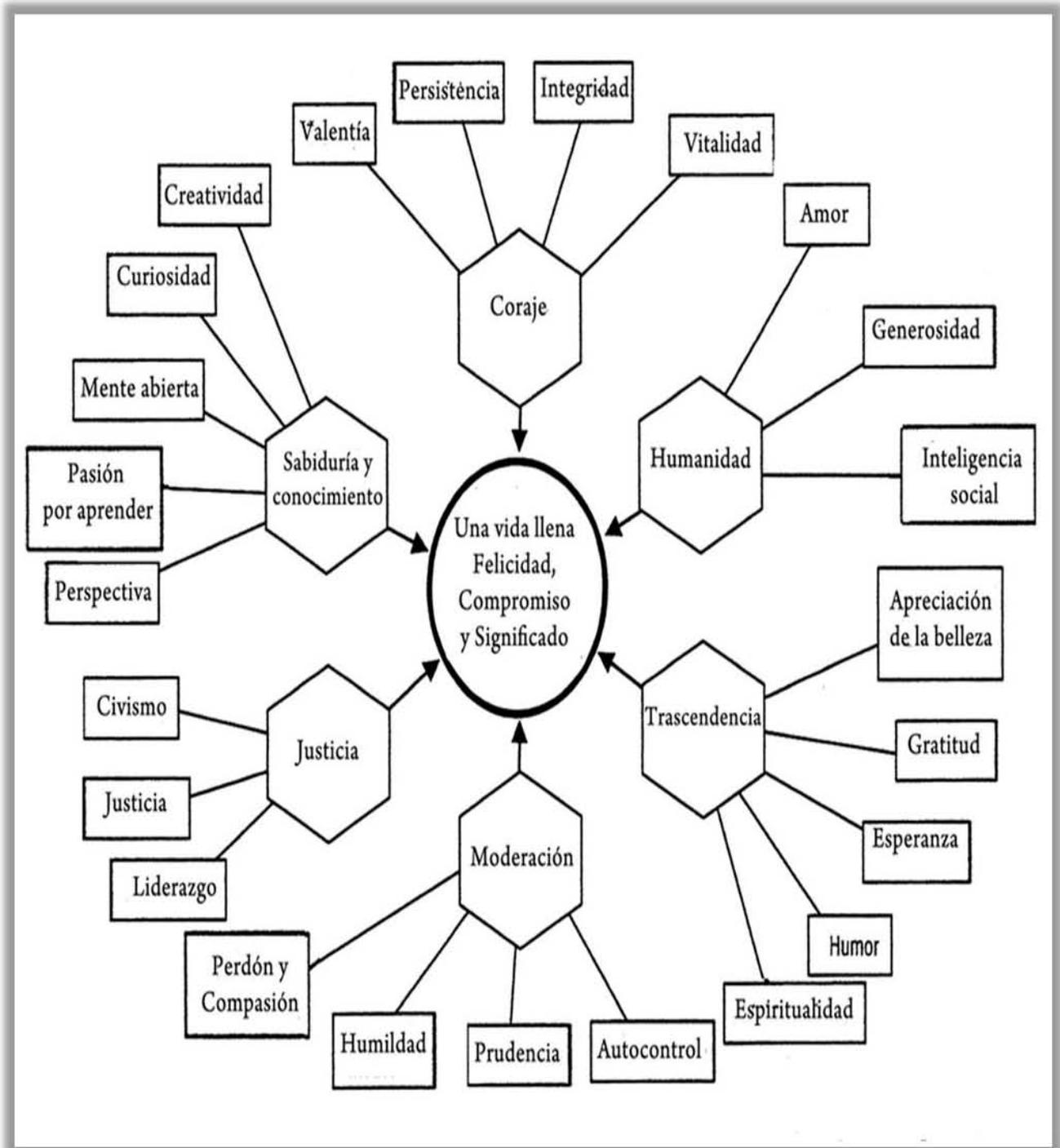
Cuadernillo de actividades para el plan FoCa

Cuadernillo
de
actividades
Plan de intervención
basado en las
fortalezas del
carácter
Plan (foCa)

Propiedad de: _____



Mapa de las fortalezas



Tus mejores fortalezas

Anota las 5 fortalezas de carácter que creas que te representan:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____



Ahora anota cada una de tus fortalezas y explica brevemente Qué significa para ti o por qué la elegiste

1. _____

¿Por qué esta fortaleza es tan importante para ti?

2. _____

¿Por qué esta fortaleza es tan importante para ti? Qué significa para ti o por qué la elegiste

3. _____

¿Por qué esta fortaleza es tan importante para ti? Qué significa para ti o por qué la elegiste

4. _____

¿Por qué esta fortaleza es tan importante para ti? Qué significa para ti o por qué la elegiste

5. _____

¿Por qué esta fortaleza es tan importante para ti? Qué significa para ti o por qué la elegiste

Agradeciendo

Realizar una carta en la cual escribas de 4 cosas que te salieron bien durante el día y por las que se sientes agradecidos.

Economía de estrellas

Coloca una estrella cada vez que realices alguna actividad positiva y adelante escribe brevemente el motivo.

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

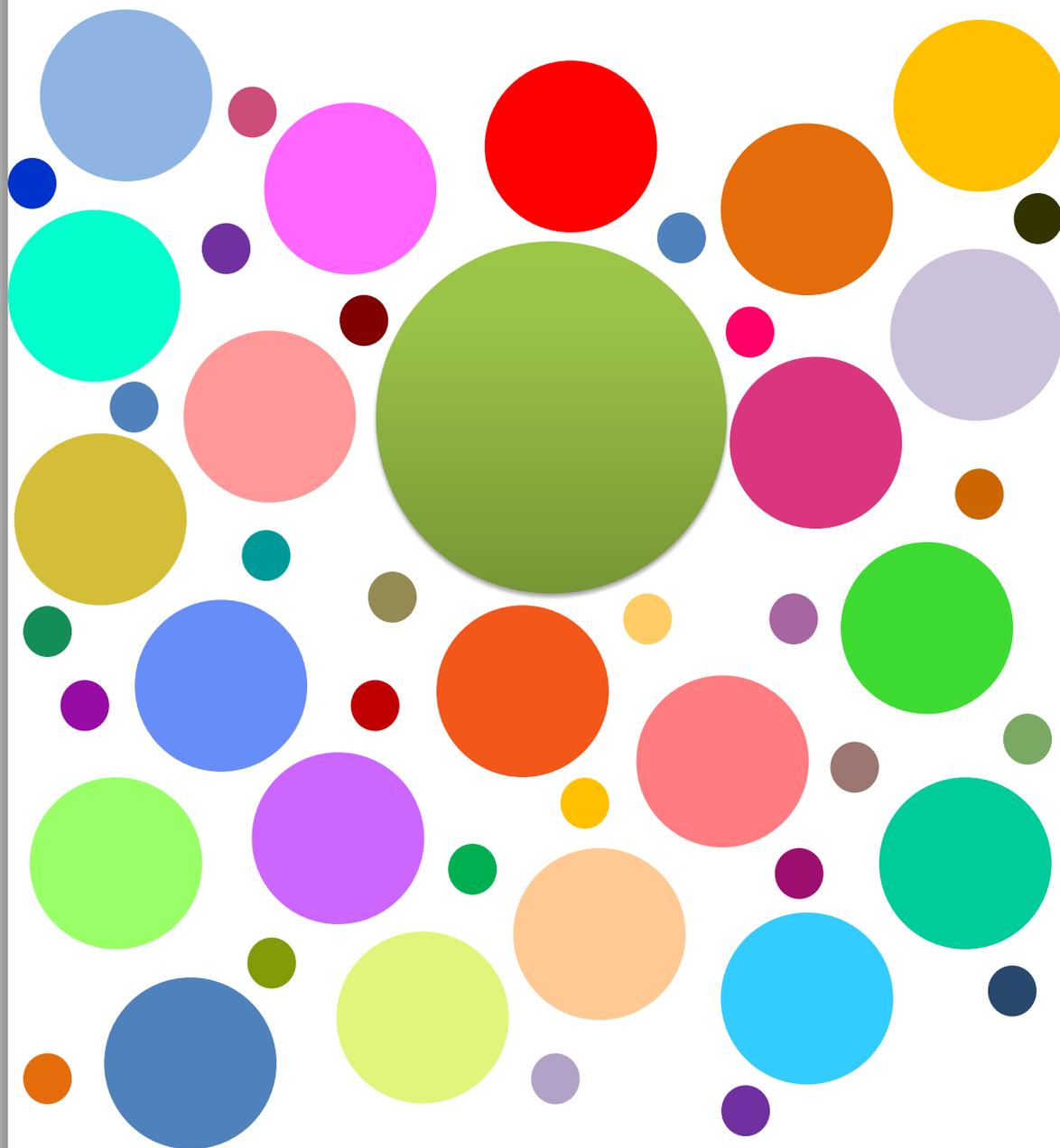
Viernes

Sábado

Domingo

El círculo optimista

Anota en el círculo central (verde) el nombre de alguien que te haya hecho algo doloroso o que te haya hecho pasar una mala experiencia, y en el resto de círculos deberás escribir todas las experiencias positivas que recuerdes que hayas vivido con esa persona.



Lluvia de soluciones

Piensa en un problema por el cuál estés pasado actualmente y ahora haz una **lluvia de ideas**, escribe todas las ideas de como de solucionar el problema.



Mirando hacia el futuro

Anota tus planes a futuro (ejemplo: escolares, con tu condición de salud y con la relación entre tus amigos y con tu familia) y como te ves dentro de 5 años

Haz una lista de tus pasos a corto plazo es decir, que puede hacer hoy para llegar a la meta de tu futuro dentro de 5 años.



¡Seamos resilientes!



Anota acerca de las características del personaje del video,
considerando si crees que es resiliente y por qué.

